

**L'EFFET DES FACTEURS SOCIOCOGNITIFS ET DE LA RECHERCHE  
D'AIDE SUR LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE  
DIFFÉRENCES RÉGIONALES ENTRE LA WALLONIE, LA FLANDRE ET  
LES PAYS-BAS**

Alexandre Reynders  
Bram Vermeulen  
Dr. Gert Scheerder  
Prof. Dr. Anja Declercq  
Prof. Dr. Geert Molenberghs  
Prof. Dr. Chantal Van Audenhove

Commanditaire :

Association Interrégionale de Guidance et de Santé, asbl  
Bernard Jacob  
Gilles Squelard

Louvain  
novembre 2011

## **Colophon**

### **Promoteur et suivi administratif du projet :**

Association Interrégionale de Guidance et de Santé, asbl (AIGS)  
Représentée par: Bernard Jacob et Gilles Squelard

### **Financement**

La Wallonie

### **Responsables de l'équipe de recherche**

Prof. dr. Chantal Van Audenhove (LUCAS - K.U.Leuven)  
Prof. dr. Anja Declercq (LUCAS - K.U.Leuven)  
Prof. dr. Geert Molenberghs (K.U.Leuven)

### **Equipe de recherche**

Alexandre Reynders LUCAS - K.U.Leuven  
Dr. Gert Scheerder (LUCAS – K.U.Leuven)  
Bram Vermeulen LUCAS- K.U.Leuven

### **Comité de pilotage - Comité d'accompagnement**

Bernard Jacob (AIGS)  
Gilles Squelard (AIGS)  
Philippe Snoeck (Province de Liège)  
Anne-Marie Tromme (Province de Liège)  
Andrée Beguin (Province de Liège)  
Françoise Natalis (Province de Liège)  
Florence Ringlet (Centre de Prévention du Suicide et d'Accompagnement)  
Thomas Thirion (Centre de Prévention du Suicide et d'Accompagnement)  
Xavier Malisoux (Centre de Prévention du Suicide et d'Accompagnement)  
Kristel Karler (Cabinet de la Ministre Tillieux)  
Brigitte Bouton (SPW – Wallonie)  
Pierre-Yves Bolen (SPW – Wallonie)  
Emmanuelle Demarteau (SPW - Wallonie)

### **Soutien administratif**

Lut Van Hoof & Lieve Van Cauwenberghe

## **Table des matières**

<b>INTRODUCTION</b>	<b>11</b>
<b>CHAPITRE 1 : DIFFÉRENCES ENTRE LES TAUX DE SUICIDE EN WALLONIE, EN FLANDRE ET AUX PAYS-BAS</b>	<b>14</b>
<b>CHAPITRE 2 : L'ÉTUDE DE LA LITTÉRATURE</b>	<b>16</b>
<b>2.1. ANTÉCÉDENTS SUICIDAIRES ET PROBLÈMES PSYCHIQUES</b>	<b>17</b>
2.1.1. Antécédents suicidaires	17
2.1.2. Problèmes psychiques	18
2.1.3. Conclusion	18
<b>2.2. LA RECHERCHE D'AIDE POUR LES PENSÉES SUICIDAIRES ET LES PROBLÈMES MENTAUX</b>	<b>18</b>
2.2.1. Aide formelle	19
2.2.2. Aide informelle	20
2.2.3. Conclusion	21
<b>2.3. DÉTERMINANTS DE LA RECHERCHE D'AIDE</b>	<b>21</b>
2.3.1. Les attitudes vis-à-vis de la recherche d'aide pour une problématique de santé mentale	22
2.3.2. La stigmatisation	23
2.3.3. Connaissance de l'offre de soins	24
2.3.4. Conclusion	25
<b>2.4. ATTITUDES VIS-À-VIS DU SUICIDE</b>	<b>25</b>
2.4.1. Conclusion	27
<b>CHAPITRE 3 : LE PLAN DE RECHERCHE</b>	<b>28</b>
<b>3.1. LA POPULATION DE LA RECHERCHE</b>	<b>28</b>

<b>3.2. ECHANTILLONNAGE</b>	<b>28</b>
3.2.1. Les principes généraux	28
3.2.2. La méthode de travail concrète	29
3.2.3. Le résultat de la procédure d'échantillonnage	31
3.2.4. Taux de réponse	33
3.2.5. La description sociodémographique de l'échantillon	33
3.2.6. Procédure d'enquête	33
<b>3.3. LES INSTRUMENTS D'ENQUÊTE</b>	<b>34</b>
<b>3.4. L'ANALYSE</b>	<b>38</b>
<b>CHAPITRE 4 : TAUX DE SUICIDE PAR RAPPORT À L'IDÉATION SUICIDAIRE, LE COMPORTEMENT SUICIDAIRE ET LES TROUBLES PSYCHIQUES</b>	<b>41</b>
<b>4.1. COMPARAISON ENTRE LA WALLONIE, LA FLANDRE ET LES PAYS-BAS</b>	<b>41</b>
4.1.1. Idées suicidaires et tentatives de suicide	41
4.1.2. Tendances suicidaires dans l'entourage	42
4.1.3. Santé mentale, vitalité et contentement	43
<b>4.2. ANALYSE DE LA RELATION ENTRE LE TAUX DE SUICIDE RÉGIONAL ET LES VARIABLES CONCERNÉES</b>	<b>44</b>
4.2.1. Idées suicidaires par rapport au taux de suicide régional	44
4.2.2. Nombre de personnes étant proches d'une personne décédée par suicide par rapport au taux de suicide régional	45
4.2.3. Santé mentale et Vitalité par rapport au taux de suicide régional	46
<b>4.3. CONCLUSION</b>	<b>47</b>
<b>CHAPITRE 5 : TAUX DE SUICIDE PAR RAPPORT À LA RECHERCHE D'AIDE POUR UNE PROBLÉMATIQUE DE SANTÉ MENTALE</b>	<b>49</b>

<b>5.1.</b>	<b>COMPARAISON ENTRE LA FLANDRE ET LES PAYS-BAS</b>	<b>49</b>
5.1.1.	Aide reçue dans le passé	49
5.1.1.1.	<i>Recherche et obtention d'aide pour des pensées et comportements suicidaires.</i>	49
5.1.1.2.	<i>Obtention d'aide formelle pour des troubles psychiques antérieurs</i>	51
5.1.2.	L'intention de chercher de l'aide formelle, la recherche de soutien informel et les mécanismes d'adaptation	51
5.1.2.1.	<i>L'intention de chercher de l'aide formelle</i>	51
5.1.2.2.	<i>L'intention de chercher de l'aide informelle</i>	52
5.1.2.3.	<i>Mécanismes d'adaptation</i>	52
<b>5.2.</b>	<b>COMPARAISON ENTRE LES RÉGIONS EN FLANDRE ET AUX PAYS-BAS</b>	<b>53</b>
5.2.1.	Aide reçue pour des troubles psychiques auparavant	53
5.2.2.	L'intention de chercher de l'aide formelle et la relation avec le taux de suicide régional	54
5.2.3.	L'intention de chercher de l'aide informelle et les mécanismes d'adaptation passifs en relation avec le taux de suicide régional.	55
5.2.4.	Les mécanismes d'adaptation passifs en relation avec le taux de suicide régional.	56
<b>5.3.</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>56</b>
<b>CHAPITRE 6 : ATTITUDES, STIGMATISATION ET CONNAISSANCE DE L'OFFRE DE SOINS PAR RAPPORT À L'INTENTION DE CHERCHER DE L'AIDE</b>		<b>58</b>
<b>6.1.</b>	<b>COMPARAISON ENTRE LA FLANDRE ET LES PAYS-BAS</b>	<b>59</b>
6.1.1.	Attitudes vis-à-vis de la recherche d'aide pour des troubles psychiques et préférence de traitement	59
6.1.1.1.	<i>Attitudes vis-à-vis de la recherche d'aide formelle</i>	59
6.1.1.2.	<i>Attitudes vis-à-vis de la médication</i>	59
6.1.2.	Auto-stigmatisation pour la recherche d'aide pour des troubles psychiques et émotionnels	60
6.1.3.	Stigmatisation perçue vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychiques	61
6.1.4.	Connaissance de l'offre de soins en santé mentale	61
<b>6.2.</b>	<b>COMPARAISON ENTRE LA WALLONIE, LA FLANDRE ET LES PAYS-BAS</b>	<b>62</b>
6.2.1.	Attitudes vis-à-vis de la recherche d'aide formelle en relation avec l'intention de chercher de l'aide formelle	63

6.2.2.	Auto-stigmatisation en relation avec l'intention de chercher de l'aide formelle	63
6.3.	CONCLUSION	65
<b>CHAPITRE 7 : TAUX DE SUICIDE PAR RAPPORT AUX ATTITUDES VIS-À-VIS DU SUICIDE</b>		<b>67</b>
7.1.	COMPARAISON ENTRE LA WALLONIE, LA FLANDRE ET LES PAYS-BAS	67
7.2.	COMPARAISON ENTRE RÉGIONS EN FLANDRE ET AUX PAYS-BAS	68
7.3.	CONCLUSION	69
<b>CHAPITRE 8 : CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS</b>		<b>70</b>
8.1.	SYNTHÈSE DES RÉSULTATS ET CONCLUSIONS	70
8.2.	RECOMMANDATIONS	72
8.3.	PROPOSITIONS	74
8.3.1.	Recommandations aux pouvoirs publics	74
8.3.2.	Recommandations à destination des institutions	76
8.3.3.	Recommandations à destination des professionnels	76
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>		<b>78</b>

## Liste des tableaux

Tableau 1	Recherche d'aide formelle pour des problèmes psychiques en Belgique et au Pays-Bas exprimée en % .....	19
Tableau 2	La consommation des soins (Enquête de santé, 2008).....	20
Tableau 3	Aperçu du nombre de régions / arrondissements en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas .....	30
Tableau 4	Régions sélectionnées en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas .....	30
Tableau 5	Aperçu du taux de réponse .....	33
Tableau 6	Sexe des participants et de l'échantillon .....	33
Tableau 7	Liste des concepts et des instruments scientifiques .....	38
Tableau 8	Pourcentage des participants qui, dans les 12 derniers mois ou au moins une fois dans leur vie, ont eu des idées suicidaires ou ont fait une tentative de suicide, ventilés par sexe et par région .....	42
Tableau 9	Pourcentage des participants qui ont dans leur entourage quelqu'un ayant eu des idées suicidaires ou qui est proche d'une personne décédée par suicide, ventilés par sexe et par régions .....	43
Tableau 10	Bien-être mental et vitalité (SF-36) exprimés sur une échelle de 0-100 ventilés par sexe et par régions .....	44
Tableau 11	Pourcentage des participants qui ont cherché du soutien et en ont reçu pour des problèmes suicidaires, répartis par sexe et par région.....	50
Tableau 12	Pourcentage des participants qui ont reçu antérieurement de l'aide formelle pour des troubles psychiques, répartis par sexe et par région. .	50
Tableau 13	Pourcentage des participants qui ont l'intention de chercher de l'aide formelle s'ils étaient confrontés à des troubles psychiques et émotionnels, répartis par sexe et par région .....	51
Tableau 14	Pourcentage des participants qui ont l'intention de chercher de l'aide informelle si ils étaient confrontés à des troubles psychiques et émotionnels, répartis par sexe et par région.....	52
Tableau 15	Pourcentage de participants qui adopteraient un certain mécanisme d'adaptation s'ils étaient confrontés à des problèmes psychiques ou émotionnels, répartis par sexe et par région .....	53

Tableau 16	Pourcentage de participants ayant une attitude positive vis-à-vis de la recherche d'aide formelle pour des troubles psychiques et émotionnels, odds ratio sous contrôle pour l'âge, intervalle de confiance de 95% et niveau de signification divisés par sexe et par région.....	59
Tableau 17	Pourcentage de participants ayant une attitude positive vis-à-vis des médicaments, odds ratios sous contrôle pour l'âge, intervalle de confiance de 95% et niveau significatif divisés par sexe et par région. .	60
Tableau 18	Pourcentage de participants qui éprouvent de la gêne et de l'auto-stigmatisation à chercher de l'aide pour des troubles psychiques et émotionnels, les odds ratios étant gardés sous contrôle pour l'âge, l'intervalle de confiance et le niveau significatif divisés par sexe et par région .....	60
Tableau 19	Pourcentage de participants qui expérimentent de la stigmatisation dans leur entourage, les odds ratio étant gardés sous contrôle pour l'âge, l'intervalle de confiance de 95% et le niveau significatif divisés par sexe et par région. ....	61
Tableau 20	Pourcentage de participants disant avec une bonne connaissance de l'offre de soins, odds ratios étant gardés sous contrôle, l'intervalle de confiance de 95% et le niveau significatif divisés par sexe et par région	62
Tableau 21	Pourcentage de participants qui ont plutôt une attitude désapprobatrice et justificative vis-à-vis du suicide, les odds ratios étant gardé sous contrôle pour l'âge, l'intervalle de confiance de 95% et le niveau de signification répartis par sexe et par région .....	67



## Liste des graphiques

Graphique 1	Taux de suicide standardisés par 100.000 habitants en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas ventilés par sexe et par année.....	14
Graphique 2	Taux de suicide provinciaux standardisés par 100.000 habitants en Wallonie (2004-2005), en Flandre et aux Pays-Bas (2004 – 2008) ventilé par sexe et par province.....	15
Graphique 3	Taux de suicide par 100.000 habitants par région en Wallonie (en noir), en Flandre (en gris) et aux Pays-Bas (en blanc) pour la période 2004-2008.....	32
Graphique 4	Nuage de points pour le taux de suicide et le pourcentage de pensées suicidaires par région (FL: gris Clair / PB: gris foncé).....	45
Graphique 5	Nuage de points pour le taux de suicide et le pourcentage de proches après suicide par région (FL: gris Clair / PB: gris foncé).....	46
Graphique 6	Nuage de points pour le taux de suicide et la valeur moyenne de santé mentale par région (FL: gris Clair / PB: gris foncé).....	46
Graphique 7	Nuage de points pour le taux de suicide et le pourcentage de participants ayant déjà reçu de l'aide formelle pour des troubles psychiques, par région (FL: gris Clair / PB: gris foncé).....	54
Graphique 8	Nuage de points pour le taux de suicide et les valeurs moyennes d'intention de chercher de l'aide formelle par région.....	54
Graphique 9	Nuage de points pour le taux de suicide et les valeurs moyennes d'intention de recherche de soutien informel auprès d'amis ou de la famille par région.....	55
Graphique 10	Nuage de points pour le taux de suicide et les valeurs moyennes pour les mécanismes d'adaptation passifs par région.....	55
Graphique 11	Nuage de points pour les valeurs moyennes pour l'intention de chercher de l'aide formelle et les attitudes positives vis-à-vis de la recherche d'aide formelle, par région.....	63
Graphique 12	Nuage de points pour les valeurs moyennes pour l'intention de chercher de l'aide formelle et l'auto-stigmatisation pour chercher de l'aide formelle, par région.....	64
Graphique 13	Nuage de points pour les valeurs moyennes pour l'intention de chercher de l'aide formelle et la honte que cela implique, par région.....	64

Graphique 14	Nuage de points pour le taux de suicide et valeur moyenne des attitudes désapprobatrices vis-à-vis du suicide, par région. ....	68
Graphique 15	Nuage de points pour le taux de suicide et valeur moyenne des attitudes tolérantes vis-à-vis du suicide, par région.....	68

## Liste des figures

Figure 1	Présentation schématique des questions de recherche. ....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Figure 2	Sélection des régions et sélection des communes en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas et. ....	32

## Introduction

Chaque année, en Wallonie, environ 700 personnes décèdent suite à un suicide. Cela correspond en moyenne à deux suicides par jour. Le taux de suicide est, exprimé en nombre de suicides pour 100.000 habitants sur une période d'une année. En Wallonie, ce taux est 22% plus élevé qu'en Flandre, et 126% plus élevé qu'aux Pays-Bas. On relève également d'importantes disparités au sein de ces trois régions. En Wallonie (source : [www.wiv-isp.be](http://www.wiv-isp.be)), le taux de suicide le plus élevé est enregistré en Province de Namur (25,4/100.000 hab.) et le taux le plus bas en Brabant Wallon (17,3/100.000 hab.) En Flandre (source : Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid), le taux de suicide le plus élevé est enregistré en Flandre –Occidentale (21,4/100.000 hab.) et le plus faible dans le Limbourg (15,2/100.000 hab.). Aux Pays-Bas, le taux de suicide le plus élevé est relevé en province de Groningen (11,2/100.000 hab.) et le plus faible dans le Flevoland (7/100.000 hab.) (source: Centraal bureau voor Statistiek). (cf. Graphique 7). Cela signifie que la province de Namur a un taux de suicide qui est quasiment quatre fois plus élevé que le taux de suicide du Flevoland. La question qui nous préoccupe en tant que chercheurs est la suivante: comment expliquer les différences entre ces régions?

On relève dans la littérature différents facteurs influençant le taux de suicide sur un territoire particulier, comme la précarité sociale et économique (ex : le pourcentage des chômeurs) ou encore d'autres paramètres démographiques (ex : le pourcentage des personnes divorcés). Un autre facteur déterminant est la prévalence de troubles mentaux, de la pensée et/ou de comportements suicidaires (voir 1ère question de recherche dans Figure 1). On peut supposer que ces facteurs sont à l'origine des différences de taux de suicide entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas. Nous constatons cependant que certains indicateurs sont assez équivalents en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas. Ceux-ci ne peuvent expliquer qu'en partie les différences de taux de suicide régionaux.

Cela pourrait indiquer que les Wallons, les Flamands et les Néerlandais ne se différencient pas seulement au niveau de ces facteurs de risques de suicide, mais que les trois régions diffèrent aussi en ce qui concerne les facteurs de protections. Un facteur de protection important est la recherche de l'aide, autant formelle qu'informelle (Cf. 2<sup>ième</sup> question de recherche dans Figure 1). La recherche d'aide est déterminée en grande partie par l'accessibilité et la disponibilité de celle-ci. L'organisation de l'offre de soins joue ici un rôle important. La recherche a également montré qu'il y a d'autres facteurs qui déterminent la recherche d'aide. Les facteurs sociocognitifs peuvent élever ou baisser le seuil à partir duquel les personnes vont chercher de l'aide pour des troubles psychiques ou suicidaires.

Par facteurs sociocognitifs, nous entendons la stigmatisation (p. ex. la conviction qu'avoir des troubles psychiques est une expression de la faiblesse), les attitudes par rapport à la recherche d'aide (p.ex. la conviction qu'il faut résoudre ses troubles mentaux soi-même) et la connaissance de l'offre de soins. Les facteurs sociocognitifs prennent forme, entre autres, à partir des normes et des valeurs de la communauté à laquelle on appartient et peuvent donc être différents selon les régions. C'est pour cette raison que nous souhaitons savoir si dans une communauté où il y a des attitudes positives par rapport à la recherche d'aide, où il y a une connaissance solide des offres de soins et où la recherche d'aide mène moins à une stigmatisation, les gens cherchent plus rapidement et plus facilement de l'aide que dans les régions où il y a plus d'attitudes négatives, moins de connaissances et plus de stigmatisation (cf. 3<sup>ième</sup> question de recherche dans Figure 1).

Un autre facteur sociocognitif que nous examinons dans cette recherche est l'attitude par rapport au suicide. La recherche au niveau individuel démontre qu'une attitude tolérante par rapport au suicide est associée à un risque augmenté de comportement suicidaire. Les recherches internationales concernant les attitudes par rapport au suicide ne mènent pas à une conclusion univoque et évidente. Nous voulons examiner dans cette recherche si nous avons en Wallonie, d'autres attitudes qui font que le risque de comportement suicidaire est plus élevé qu'en Flandre et aux Pays-Bas (Cf. 4<sup>ième</sup> question de recherche dans Figure 1).

La finalité de cette recherche est d'expliquer les différences de taux de suicide entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas (voir Figure 1). Sur base de l'étude de la littérature, nous avons identifié quatre questions majeures. Premièrement, les troubles psychiques, pensées et comportements suicidaires apparaissent-ils plus souvent en Wallonie qu'en Flandre et aux Pays-Bas? Deuxièmement, les Wallons cherchent-ils moins d'aide pour ces facteurs de risque que les Flamands ou les Néerlandais? Troisièmement, peut-on expliquer les différences dans la recherche d'aide en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas par des facteurs sociocognitifs comme les attitudes, la stigmatisation ou la connaissance de l'offre de soins? Quatrièmement, les Wallons ont-ils une attitude plus tolérante par rapport au suicide que les Flamands et les Néerlandais?

Nous sommes d'avis qu'une recherche sur les différences entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas en ce qui concerne les facteurs sociocognitifs, comme la stigmatisation et les attitudes par rapport à la recherche d'aide et au suicide, nous permettra d'acquérir une meilleure compréhension des aspects socioculturels du suicide. Les connaissances que nous acquerrons par cette recherche pourront constituer une plus-value importante pour le développement d'une politique de prévention du suicide.

*Figure 1 Présentation schématique des questions de recherche.*

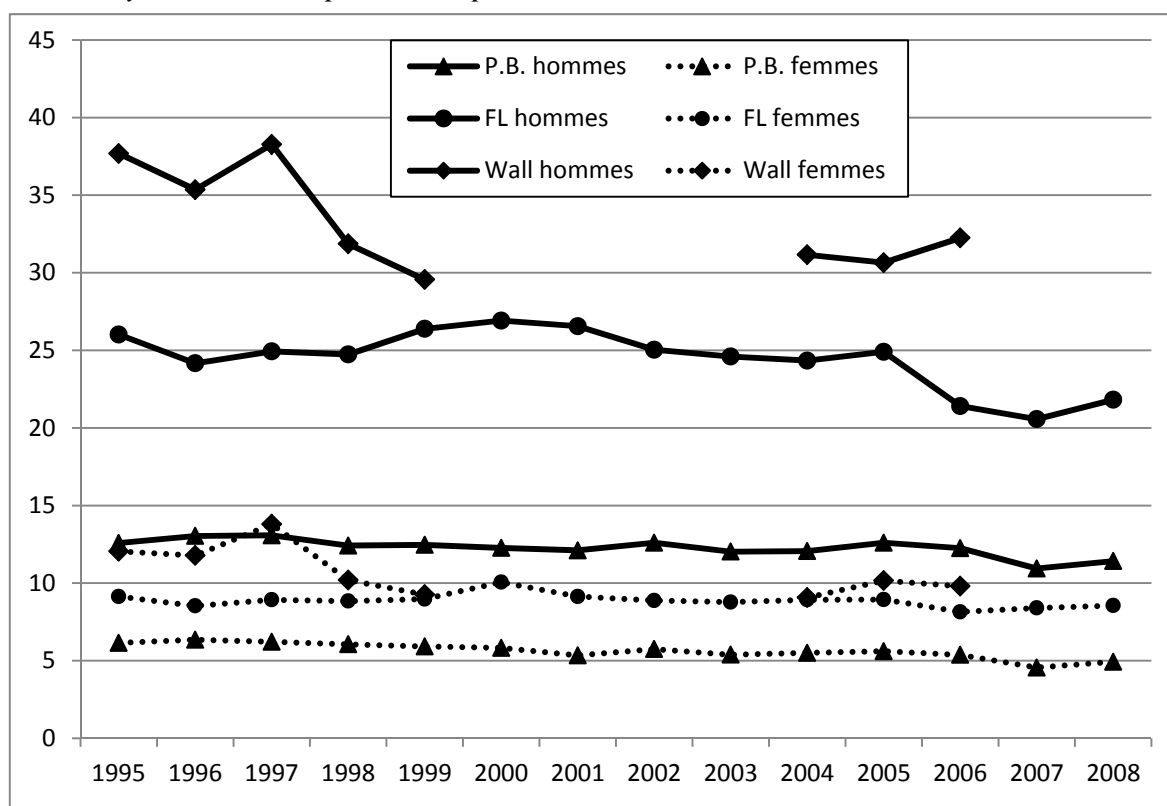
Le rapport se structurera de la façon suivante. Le premier chapitre décrira les différences dans les taux de suicide officiels entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas. Le deuxième chapitre sera composé d'une étude critique de la littérature où l'on situera les quatre questions de recherche dans les connaissances scientifiques disponibles existantes. Le troisième chapitre traitera du plan de recherche. La population de recherche, l'échantillon, la procédure de recherche, les instruments utilisés et l'analyse des données y seront abordés. Dans les chapitres quatre à sept, nous décrirons les résultats pour les quatre questions de recherche, et nous regarderons si nous pouvons trouver confirmation pour les 15 hypothèses (infra. Chapitre 4 - 7). Le chapitre huit sera constitué d'une discussion et de conseils en matière de politique de prévention du suicide.

La méthodologie développée dans cette recherche est similaire à celle utilisée dans une recherche sur le suicide en Flandre et aux Pays-Bas, financée par LUCAS, le centre pour la recherche de soins de la K.U.Leuven, par le Centre de Prévention du Suicide et le Gouvernement flamand.

## Chapitre 1 : Différences entre les taux de suicide en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas

Le taux de suicide le plus élevé se situe en Wallonie (20,4/100.000 habitants en 2005) (source : Institut Scientifique de Santé Publique), suivi par la Flandre (source : 16,7/100.000) (source : Vlaams AgentschapZorg en Gezondheid) et les Pays-Bas (9,00/100.000) (Centraal Bureau voor Statistiek). Les différences entre la Wallonie et la Flandre se marquent principalement pour les hommes (Cf. graphique 1).

*Graphique 1 Taux de suicide standardisés par 100.000 habitants en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas ventilés par sexe et par année.*



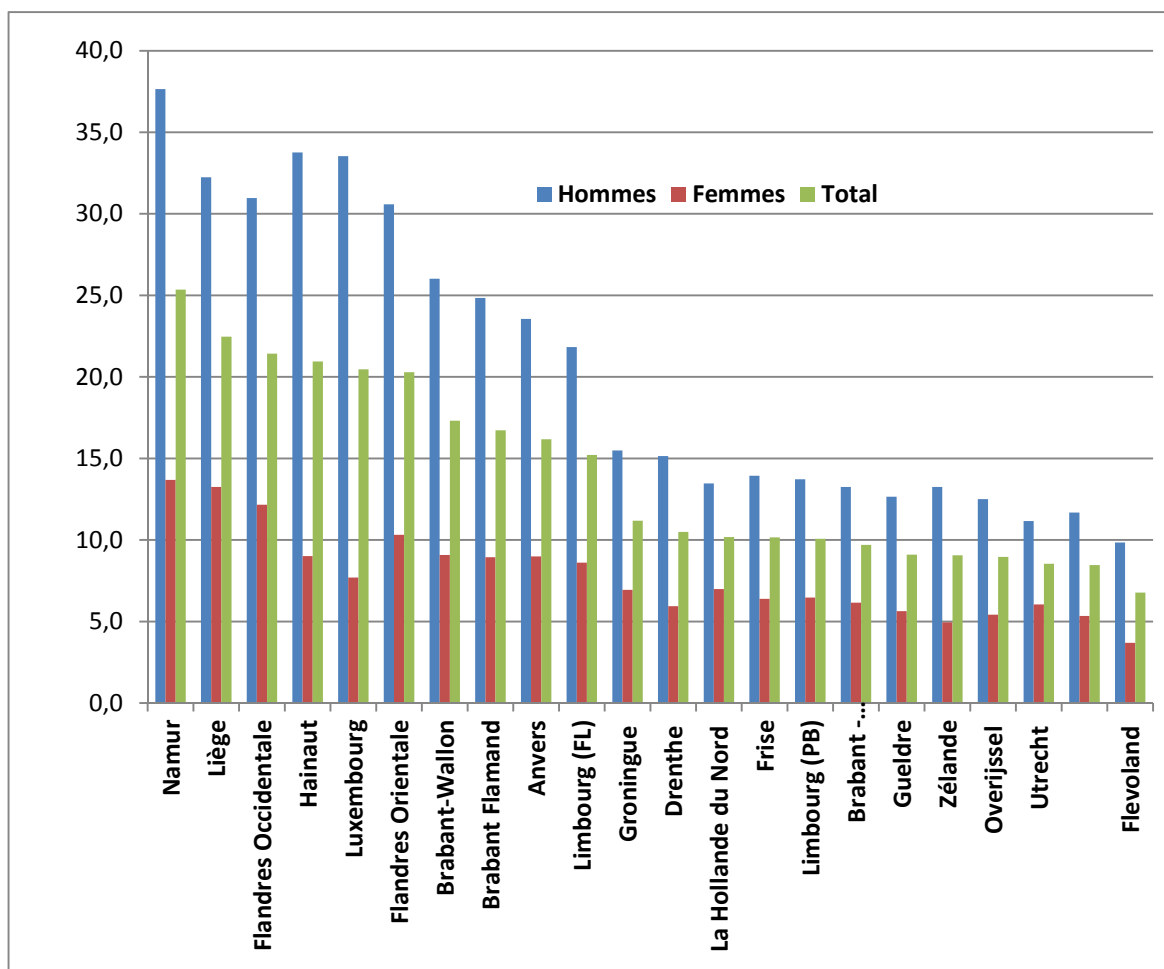
Sources: - La Wallonie: <https://www.wiv-isp.be/epidemiologie/spma/>  
 -La Flandre: Vlaams AgentschapZorg en Gezondheid  
 - Les Pays-Bas: Centraal Bureau voor Statistiek.

À l'exception de la Flandre orientale et de la Flandre occidentale, les taux de suicide sont plus élevés dans toutes les provinces de Wallonie par rapport aux autres provinces flamandes. Les provinces flamandes ont toutes des taux de suicide plus élevés que les provinces néerlandaises. Outre les différences interrégionales entre les taux de suicide, nous constatons également des disparités provinciales au sein de ces trois régions. En Wallonie, le différentiel entre la province ayant le taux de suicide le plus élevé et la province ayant le taux de suicide le plus faible s'élève à 8 suicides par 100.000 habitants.

En Flandre et aux Pays-Bas, il est de respectivement 6.2 et 4.4 suicides par 100.000 habitants.

La province wallonne avec le taux de suicide le plus élevé, à savoir Namur, enregistre presque 4 fois plus de suicides que Flevoland, la province néerlandaise avec le plus faible taux.

*Graphique 2 Taux de suicide provinciaux standardisés par 100.000 habitants en Wallonie (2004-2005), en Flandre et aux Pays-Bas (2004 – 2008) ventilé par sexe et par province*



Sources - La Wallonie: <https://www.wiv-isp.be/epidemi/spma/>  
 -La Flandre: Vlaams AgentschapZorg en Gezondheid  
 -Les Pays-Bas: Centraal Bureau voorStatistiek.

Malgré les similitudes sociales, économiques, démographiques, et la proximité géographique des régions, la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas présentent des taux de suicide très hétérogènes.

Le chapitre suivant consiste en une étude de littérature relative à l'explication de ces différences.

## Chapitre 2 : L'étude de la littérature

Le taux de suicide en Wallonie dépasse celui de la Flandre et des Pays-Bas. Ce constat nous amène à nous poser la question principale sur laquelle se base cette recherche, à savoir comment expliquer les différences entre ces trois régions.

Le taux de suicide est déterminé par différents facteurs. La littérature scientifique nous offre par conséquent plusieurs explications pour les différences entre les taux de suicide régionaux. Les plus importantes sont l'hétérogénéité dans les méthodologies utilisées pour le recueil et l'analyse des données (Reynders et al., 2010), la vulnérabilité biologique et génétique (Marušić et al., 2001), les attitudes tolérantes vis-à-vis du suicide (Stack et al., 2008), la préférence culturelle et la disponibilité des moyens (Värnik et al., 2008), l'intégration sociale, religieuse et économique (Cutright et al., 2001; Mäkinen, 1997), le capital social (Helliwell, 2007), l'individualisme (Eckersley et al., 2002), la densité de la population et la migration (Hooghe et al., 2011), les facteurs géographiques et climatologiques (Haws et al., 2009), la consommation d'alcool (Pridemore, 2006), la culture (Rudmin et al., 2003). Ces facteurs de risques ne s'excluent pas mais sont cumulables.

Afin de pouvoir expliquer ces différences dans les taux de suicide entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas, cette recherche se focalisera sur quatre groupes de variables. Tout d'abord, nous examinerons les facteurs explicateurs du taux de suicide à savoir les pensées suicidaires, le comportement suicidaire et les troubles mentaux. Nous nous focaliserons ensuite sur les éléments influençant ces paramètres. En troisième lieu nous nous intéresserons aux facteurs sociocognitifs comme la connaissance de l'offre de soins, aux stigmatisations et aux attitudes vis-à-vis de la recherche d'aide pour des problèmes mentaux. Finalement, nous nous interrogerons sur l'existence d'un lien entre les attitudes vis-à-vis du suicide et les taux de suicide.

Au travers de la revue de la littérature, nous étudierons ces quatre groupes de variables et leurs interactions. Nous examinerons aussi les données disponibles pour la Wallonie, la Flandre (Belgique) et les Pays-Bas. Cette étude de la littérature servira de base au développement des questions de recherche et des hypothèses.



## 2.1. Antécédents suicidaires et problèmes psychiques

### 2.1.1. Antécédents suicidaires

Les pensées suicidaires et une ou plusieurs tentatives de suicide sont souvent des signes annonciateurs d'un suicide (Retterstol, 1993). Par conséquent, les antécédents suicidaires constituent un facteur de risque important. Suominen et al. (2004) relèvent que 10 à 15%<sup>1</sup> des personnes ayant fait une tentative de suicide, décéderont effectivement à la suite d'un suicide. De la recherche sur base d'autopsies psychologiques ressort que des personnes qui décèdent par le suicide, 22 à 44% ont déjà fait auparavant une tentative de suicide (En effet, des études menées sur base d'autopsies psychologiques montrent que 22 à 44% des personnes décédées suite à un suicide avaient déjà tenté de mettre fin à leurs jours auparavant (Isometsa et al, 1998). Nous pouvons par conséquent supposer que les régions pour lesquelles le taux de suicide est le plus élevé seront les mêmes que celles où le plus grand nombre de tentatives de suicide est constaté.

Pourtant les recherches sur les différences de prévalences des pensées et des comportements suicidaires entre Belgique et les Pays-Bas mènent à des conclusions contradictoires. La WHO/EURO MulticentreStudy et la CASE-Study montrent que le nombre de personnes présentant un comportement suicidaire est 2,6 fois plus élevé en Belgique qu'aux Pays-Bas (Madge et al., 2008; Schmidtke et al., 2004). Selon le NationaalSentinelHuisartsennetwerk ce nombre serait même presque 4 fois plus élevé (Bossuyt et al., 2007; Marquet et al., 2005). L'étude ESEMeD ne trouve toutefois pas de différences entre les deux pays, ni en ce qui concerne les tentatives de suicide, ni en ce qui concerne les pensées suicidaires (Bernal et al., 2007). La CASE Study (Madge et al., 2008 ; Portzky, 2007) fait également état de résultats contradictoires. Ils relèvent que, la prévalence des idées suicidaires chez les femmes est plus importante en Flandre qu'aux Pays-Bas. Pour les hommes, les chercheurs arrivent à des résultats opposés. Entre la Flandre et la Wallonie, il existe de très nettes différences en matière d'antécédents suicidaires. Il ressort de l'enquête de santé 2008 (Van der Heyden, et al., 2010) que 13,6% des Wallons ont eu, un jour, des idées suicidaires et que 5,6% ont un jour entrepris une tentative de suicide. En Flandre, les taux s'élèvent respectivement à 9 et 3,7%.

---

<sup>1</sup> Ce pourcentage dépend fortement de la gravité de la tentative, de l'intention de mourir, de l'âge et du sexe de la victime.

### **2.1.2. Problèmes psychiques**

Dans la littérature, il est communément admis que les troubles psychiatriques constituent un des risques les plus importants de suicide. Les troubles psychiatriques peuvent affecter le fonctionnement quotidien et diminuer le bien-être. De plus, les personnes souffrant de problèmes psychiques peuvent être confrontées à des préjugés, voire à des discriminations. Les problèmes mentaux et leurs conséquences stressantes, peuvent provoquer des pensées suicidaires. Il ressort de la littérature que 90% des gens qui décèdent des suites d'un suicide, ont eu au moins une affection psychiatrique (Cavanagh et al., 2003). Nous pourrions en déduire que le taux de suicide élevé en Wallonie et en Flandre coïncide avec une plus grande prévalence des problèmes mentaux par rapport aux Pays-Bas. Cependant, aucune preuve scientifique formelle ne vient étayer cette hypothèse.

### **2.1.3. Conclusion**

Les recherches montrent qu'au niveau individuel il existe un lien considérable entre les antécédents suicidaires et les problèmes mentaux d'une part et le risque de suicide d'autre part. Au niveau des régions ou des pays ce lien est moins évident. A travers cette recherche, nous espérons pouvoir trouver des réponses à la question suivante:

**1<sup>ère</sup> question de recherche:** Existe-t-il une relation entre le taux de suicide et les idéations suicidaires, les comportements suicidaires ou les troubles psychiques antérieurs dans la population?

## **2.2. La recherche d'aide pour les pensées suicidaires et les problèmes mentaux**

La recherche d'aide se définit comme un comportement qui vise à obtenir de la compréhension, du conseil, de l'information, du traitement ou du soutien général avec l'intention de résoudre un problème (Rickwood et al., 2005).

La recherche d'aide est un style de coping actif par lequel on reconnaît un problème, on tente de le résoudre activement ou de le rendre supportable. Cette stratégie se révèle efficace dans le cas de problèmes psychiques puisque ne pas chercher d'aide ou le faire trop tardivement peut mener à une aggravation des symptômes et augmenter le risque suicidaire (Schomerus, Matschinger, et Angermeyer, 2009). La recherche d'aide pour des problèmes mentaux est par conséquent considérée comme un facteur de protection du suicide (Barney, 2009).

L'aide recherchée peut être soit formelle (dispensée par des professionnels de la santé comme un médecin, un psychiatre ou un psychologue), soit informelle (soutien apporté par des volontaires, la famille, des amis, des voisins, etc.) Dans le cadre de cette recherche, l'aide informelle est définie comme étant l'aide prodiguée par la famille ou les amis

### 2.2.1. Aide formelle

Nonobstant les conclusions contradictoires de certaines recherches (Alonso et al., 2007;European Commission, 2006;European Commission, 2010b), la plupart des auteurs montrent qu'aux Pays-Bas l'aide est obtenue plus rapidement et plus souvent qu'en Belgique (Alonso et al., 2004b;European Commission, 2006;Kessler et al., 2004;Kovess-Masféty et al., 2007;Wang et al., 2007b; Wang et al., 2007a) (Tableau 1).

*Tableau 1 Recherche d'aide formelle pour des problèmes psychiques en Belgique et au Pays-Bas exprimée en %*

% des participants	ESEMED*		Eurobaromètre**	
	Belgique	Pays-Bas	Belgique	Pays-Bas
ayant un jour cherché de l'aide pour des problèmes psychiques	26	32	12	17
avec des problèmes psychiques qui ont un jour cherché de l'aide	48	58	-	-
avec des problèmes psychiques qui ont un jour cherché de l'aide auprès de médecin traitant	73	70	66	45
avec des problèmes psychiques qui ont un jour cherché de l'aide auprès d'un psychothérapeute	40	65	-	-
avec des problèmes psychiques qui ont un jour cherché de l'aide auprès d'un psychiatre	36	26	-	-
avec des problèmes psychiques qui ont un jour pris des psycho-pharmaceutiques	13	7	8	8

\**(Kovess-Masféty, Alonso, Brugha, Angermeyer, Haro, and Sevilla-Dedieu, 2007)*

\*\**(European Commission, 2006)*

Les différences entre la Belgique et les Pays-Bas sont à la fois quantitatives (recherche d'aide plus fréquente aux Pays –Bas) et qualitatives (type de soins dispensés) (European Commission, 2006). En Belgique, on reçoit plus souvent de l'aide médicale (médecin traitant et psychiatre) (Kovess-Masféty, Alonso, Brugha, Angermeyer, Haro, and Sevilla-Dedieu, 2007) et la consommation de psycho-pharmaceutiques y est plus élevée (Alonso et al., 2004a ;European Commission, 2010a;European Commission, 2004). Aux Pays-Bas les soins fournis sont plus équilibrés. Outre les soins médicaux, une aide non-médicale comme la psychothérapie ou un soutien psycho-social est plus facilement accessible. La recherche fait apparaître que les Flamands cherchent plus souvent de l'aide pour des troubles mentaux que les Wallons (Cf. tableau 2).

Tableau 2 La consommation des soins (Enquête de santé, 2008)

	La Wallonie	La Flandre
<b>Dépression et la consommation des soins (%)</b>		
Médecin ou un autre professionnel de la santé	83.7	90.7
Médication psychotrope	82.9	78.3
Psychothérapie	37.3	42.0
<b>Anxiété et la consommation des soins(%)</b>		
Médecin ou un autre professionnel de la santé	81.4	88.2
Médication psychotrope	71.2	74.0
Psychothérapie	26.8	36.8

### 2.2.2. Aide informelle

Tout comme l'aide formelle, la recherche d'aide informelle est un facteur diminuant le risque de suicide. Le soutien informel implique un réseau social de personnes sur lequel on peut s'appuyer. Un réseau social soutenant a un effet positif sur le bien-être personnel (Vanderzee et al., 1997). L'absence de soutien social peut en revanche induire des sentiments de détresse et de solitude, eux-mêmes associés à des problèmes mentaux et donc à un risque accru de pensées ou de comportements suicidaires (Eskin, 2003).

Les personnes suicidaires signalent souvent que l'aide informelle est plus utile que l'aide formelle (Eagles et al., 2003). L'aide informelle peut cependant diminuer le besoin d'aide formelle, ce qui est un inconvénient (Sheffield et al., 2004). La plupart des investigations montrent toutefois qu'il existe une relation positive entre le fait d'obtenir de l'aide informelle et celui de chercher de l'aide formelle (Cramer, 1999; Klineberg et al., 2006; Owens et al., 2005). Une explication serait que le réseau informel, en conseillant à la personne de faire appel à des professionnels lorsque des difficultés psychiques sont présentes, contribue à une attitude positive vis-à-vis de la recherche d'aide formelle et augmente les chances qu'on la recherche effectivement.

Nous pouvons supposer que dans les régions aux taux de suicide élevés, la population recherche moins souvent d'aide informelle que dans les régions aux taux de suicide plus bas. Une recherche a montré que les jeunes néerlandais sont plus enclins à rechercher du soutien informel et à parler de leurs 'problèmes émotionnels' par rapport aux jeunes flamands (Portzky et al., 2007). La recherche de l'Eurobaromètre montre que, contrairement aux Néerlandais, les Belges recherchent d'abord de l'aide auprès de leur famille (54% en Belgique contre 49% aux Pays-Bas). Les Néerlandais rechercheraient plus souvent de l'aide auprès de leurs amis (37% aux Pays-Bas et 33% en Belgique) (European Commission, 2010a).

### 2.2.3. Conclusion

On relève dans la littérature que la recherche d'aide informelle et formelle pour des problèmes psychiques, est un facteur de protection du suicide. Pour cette raison nous posons la question suivante:

**2<sup>ème</sup> question de recherche:** la relation entre le taux de suicide et la recherche d'aide dans la population est-il confirmé par cette recherche ?

### 2.3. Déterminants de la recherche d'aide

Les obstacles devant être surmontés lors de la recherche d'aide, déterminent si, quand et auprès de qui on recherchera de l'aide pour les problèmes mentaux (Sareen et al., 2007). Les obstacles pour la recherche d'aide peuvent être divisés en deux groupes. Un premier groupe est formé par les obstacles structurels. **Les obstacles structurels** résultent de l'organisation des soins. L'évaluation de l'accessibilité des soins en santé mentale permet de préciser ces obstacles structurels (p. ex. les frais pour le patient).

Entre la Flandre et les Pays-Bas, il existe des différences structurelles. Aux Pays-Bas, les généralistes doivent, s'ils le jugent nécessaire, passer le relais vers la seconde ligne. Ces objectifs sont de diminuer les frais, de limiter la surcharge de la seconde ligne, d'orienter correctement vers un spécialiste et d'informer le spécialiste au sujet du patient (Van Dongen, 2003). C'est pourquoi les généralistes néerlandais investissent davantage la sphère psycho-sociale et si nécessaire, orientent vers des soins spécialisés (Verhaak et al., 2007). Par rapport à la Flandre et à la Wallonie, les Pays-Bas ont un meilleur système de remboursement pour les consultations psychiatriques et psychothérapeutiques. De plus, aux Pays-Bas, les pratiques de médecine générale sont plus souvent multidisciplinaires et permettent l'accès à des psychologues de première ligne. De ce fait, les patients jouissent d'une aide en santé mentale qualitative au sein de la première ligne. Par contre, l'offre de généralistes, de psychiatres et de psychothérapeutes est plus grande en Belgique (Kovess-Masféty, Alonso, Brugha, Angermeyer, Haro, and Sevilla-Dedieu, 2007).

La disponibilité structurelle et l'accessibilité de l'offre de soins sont indispensables mais non-suffisantes pour que les malades recherchent effectivement de l'aide. Pour cette raison, on discerne dans la littérature, outre des obstacles à la recherche d'aide, **des obstacles sociocognitifs** comme la stigmatisation, les attitudes et la connaissance de l'offre de soins. Ces facteurs sociocognitifs sont des obstacles importants dans la recherche d'aide, principalement dans les pays occidentaux où l'offre de soins est relativement disponible et accessible sur le plan structurel. (Sareen, Jagdeo, Cox, Clara, ten Have, Belik, et de Graaf, 2007; Thompson et al., 2004).

Dans la recherche actuelle, nous nous focaliserons sur ces obstacles sociocognitifs. À l'aide d'une étude de la littérature, nous débattrons dans les paragraphes suivants des principaux facteurs sociocognitifs déterminants pour la recherche d'aide dans le cadre de troubles psychiques.

### **2.3.1. Les attitudes vis-à-vis de la recherche d'aide pour une problématique de santé mentale**

Selon la 'theory of plannedbehaviour', le comportement est déterminé par l'intention d'adopter ce comportement. Cette intention est à son tour entre autres déterminée par des attitudes et des normes sociales vis-à-vis de ce comportement. Une attitude positive vis-à-vis d'un comportement augmente la probabilité que quelqu'un présente ce comportement. Ce principe s'applique également à la recherche d'aide formelle pour des problèmes mentaux (Skogstadet., 2006; Vogel et al., 2005). Les personnes qui trouvent que l'aide formelle constitue une perte de temps ou que l'on peut mieux résoudre ses problèmes soi-même, sont moins enclines à rechercher de l'aide que les personnes qui ont une attitude positive vis-à-vis de la recherche d'aide.

Ces attitudes ne déterminent pas uniquement si quelqu'un recherchera de l'aide mais aussi auprès de qui il la recherchera (Angermeyer et al., 2006; Riedel-Heller et al., 2005). La recherche montre que les personnes présentant des attitudes négatives vis-à-vis de la recherche d'aide choisissent préférentiellement de consulter un médecin généraliste plutôt qu'un psychiatre ou un psychothérapeute pour des problèmes de santé mentale (Van Voorhees et al., 2003). Les conséquences de ce choix ne sont toutefois pas sans importance. Des recherches aux États-Unis montrent que pour des problèmes mentaux, les soins fournis par des assistants sociaux spécialisés sont de meilleure qualité que ceux fournis par des médecins généralistes (Wang et al., 2005). Ce différentiel serait plus grand en Belgique qu'aux Pays-Bas (Fernandez et al., 2007). Une première explication pourrait être que par rapport aux spécialistes, un médecin généraliste a moins de moyens à sa disposition pour soigner les problèmes mentaux. En deuxième lieu, l'attitude en moyenne plus négative vis-à-vis de la recherche d'aide parmi les patients des généralistes mène à moins de fidélité à la thérapie et à moins de compliance aux traitements (Van Voorhees, Cooper, et Rost, 2003). En troisième lieu le choix de l'assistant social peut également influencer le choix du traitement, abstraction faite de l'opportunité de ce traitement. Ainsi un généraliste prescrira-t-il plus souvent des médicaments et il a moins de possibilités pour offrir des traitements psychothérapeutiques.

Il n'existe aucune recherche comparative entre la Flandre/Belgique et les Pays-Bas sur les attitudes vis-à-vis de la recherche d'aide pour des problèmes mentaux.

### 2.3.2. La stigmatisation

La stigmatisation est une réaction publique négative vis-à-vis d'un groupe de personnes pour leurs caractéristiques (par ex. un trouble mental) ou leur comportement (p.ex. la recherche d'aide). La stigmatisation consiste en quatre processus cognitifs: 1) les indications, 2) les stéréotypes, 3) la condamnation et 4) la discrimination (Rüsch et al., 2005). Premièrement, les indications réfèrent à des caractéristiques perceptibles qui peuvent être typiques pour une personne souffrant de troubles mentaux. Il s'agit de symptômes comme la tristesse, des aptitudes sociales diminuées, ou des stratégies de faire face comme la recherche d'aide. Deuxièmement ces indications peuvent contribuer au développement de stéréotypes. Les stéréotypes sont des croyances négatives par rapport à un certain groupe. Les stéréotypes sont sociaux parce qu'ils portent sur un grand nombre de personnes. Ils sont efficaces parce qu'ils permettent de se former rapidement une idée d'un individu (p.ex. la personne a un `caractère faible') et de développer des pronostics (p.ex. la personne n'est pas fiable ou dangereuse). Troisièmement, les préjugés vis-à-vis du groupe stigmatisé. Tout le monde n'accepte pas les stéréotypes. L'acceptation de stéréotypes mènera à des préjugés. Ces préjugés peuvent aboutir à des réactions émotionnelles comme la colère parce que quelqu'un est 'faible' ou à la peur parce que quelqu'un est dangereux (Angermeyer et Dietrich, 2006). Quatrièmement ces préjugés peuvent mener à la discrimination (Link et al., 2001a). La discrimination est le comportement négatif vis-à-vis des membres du groupe stigmatisé. Deux formes de discrimination sont identifiées. Premièrement la discrimination éprouvée par des personnes souffrant de troubles mentaux au cours des interactions quotidiennes avec autrui ou par des informations dans les médias. La discrimination peut également être structurelle quand les institutions, de façon intentionnelle ou non, réduisent les possibilités des personnes avec des problèmes mentaux. Un exemple clair de discrimination structurelle sont les moyens restreints que les gouvernements investissent dans les soins de santé mentale par rapport à la santé somatique (Rüsch, Angermeyer, et Corrigan, 2005).

La littérature distingue deux importantes formes de stigmatisation. La première est la stigmatisation publique (Corrigan, 2004). La stigmatisation publique est la stigmatisation qu'on éprouve dans son entourage. Cette stigmatisation dépend de la façon dont les personnes perçoivent leur entourage. (Corrigan et al., 2002). Dans la plupart des cas la stigmatisation aboutira pour la personne stigmatisée à une faible image d'elle-même, à une qualité diminuée de la vie, à l'isolation sociale, des chances diminuées, un statut inférieur (Corrigan, 1998; Graf et al., 2004; Link et Phelan, 2001a; Link et al., 2001b; Rosenfield, 1997). Deuxièmement il y a l'auto-stigmatisation. Par auto-stigmatisation on entend le fait d'intérioriser la stigmatisation que l'on perçoit et éprouve dans son entourage. Il provoque chez les personnes souffrant de troubles mentaux des sentiments de culpabilité, de honte, d'incompétence ou d'infériorité à cause de leurs problèmes (Vogel et al., 2006; Vogel et al., 2007).

La catégorisation est un élément important dans le processus de stigmatisation. Les personnes catégorisées de "malade mental", seront plus souvent victimes de stigmatisation que les autres (Martin et al., 2000). Afin d'éviter qu'elles soient discriminées et stigmatisées, ces personnes essaient d'éviter la catégorisation. A cette fin, on utilise souvent des stratégies pour rendre ses problèmes le moins visible possible (Link et al., 1989). On peut éviter la stigmatisation en adaptant son style de coping et en gardant le secret sur ses troubles mentaux, en s'isolant (Holmes et al., 1998) ou en refusant de rechercher de l'aide (formelle) (Vogel, Wade, et Hackler, 2007). Il ressort de la recherche que les gens qui recherchent de l'aide formelle pour des troubles mentaux sont plus stigmatisés que les gens qui ne recherchent pas d'aide pour les mêmes problèmes. Les personnes qui recherchent de l'aide pour une dépression sont souvent considérées comme instables, moins compétentes et faibles par rapport aux personnes dépressives qui ne recherchent pas d'aide (Ben-Portath, 2002). Donc, rechercher de l'aide rend les problèmes mentaux visibles à l'extérieur et peut générer des réactions stigmatisantes. (Bagley et al., 2005; Crisp et al., 2000; Sibicky et al., 1986). Eviter l'étiquetage afin d'éviter la stigmatisation est une cause importante de la non recherche d'aide pour des problèmes mentaux.

Tant la stigmatisation perçue que l'auto-stigmatisation ont donc un effet négatif sur l'intention de rechercher de l'aide pour les problèmes mentaux (Christiana et al., 2000; Kelly et al., 2007). Comme les stigmatisations sont des constructions sociales, ils peuvent différer d'une culture ou d'une région à une autre (Angermeyer et al., 1999; Cooper et al., 2003; Griffiths et al., 2006). C'est pour cette raison que la stigmatisation peut être en partie à l'origine des différences régionales au niveau de la recherche d'aide.

Aucune recherche comparative n'existe en ce qui concerne la stigmatisation en Flandre et aux Pays-Bas. La recherche de l'Eurobaromètre a bien montré que les Belges considèrent plus souvent les personnes avec des problèmes mentaux comme dangereuses, imprévisibles et responsables de leur situation que les Néerlandais (European Commission, 2006). Une recherche plus récente relève que 24% des Belges et 17% des Néerlandais se sentiraient embarrassés ou hésitants en s'adressant à une personne avec des problèmes mentaux (European Commission, 2010a).

### **2.3.3. Connaissance de l'offre de soins**

Un manque de connaissance de l'offre de soins augmente la probabilité de report de la recherche d'aide (Issakidis et al., 2002; Thompson, Hunt, et Issakidis, 2004). Quand on n'a pas de connaissance des dispensateurs de soins existants, il est plus difficile de rechercher de l'aide auprès d'eux.



Aucune investigation comparable n'a été menée à notre connaissance sur la représentation qu'a la population de l'offre de soins en Flandre et aux Pays-Bas. La recherche de l'Eurobaromètre montre que 29% des Belges ont des difficultés à trouver des informations au sujet des démarches nécessaires en cas de problèmes mentaux. Aux Pays-Bas, ce taux s'élève à 10% (European Commission, 2006).

#### **2.3.4. Conclusion**

Les attitudes vis-à-vis de la recherche d'aide pour des problèmes mentaux, les stigmatisations perçues, les auto-stigmatisations et la connaissance de l'offre de soins sont des facteurs sociocognitifs qui sont déterminants pour la recherche d'aide. Une investigation comparable sur ces facteurs sociocognitifs en Flandre et aux Pays-Bas est inexistante. C'est pourquoi les chercheurs développent la question de recherche suivante:

**3ème question le recherche:** Y a-t-il un rapport entre la connaissance de l'offre de soins, la stigmatisation, les attitudes et la recherche d'aide?

#### **2.4. Attitudes vis-à-vis du suicide**

Les modèles théoriques de psychologie de santé postulent qu'une attitude positive vis-à-vis d'un comportement augmente la probabilité d'adopter celui-ci. La présence d'attitudes positives vis-à-vis du suicide pourrait donc augmenter le risque de présenter un comportement suicidaire (Gibb et al., 2006). On relève dans la littérature qu'il existe un lien positif entre des attitudes tolérantes vis-à-vis du suicide et des pensées et comportements suicidaires (Arnautovska et al., 2010; Colucci et al., 2007; Joe et al., 2007; Kocmur et al., 2003; O'connor et al., 2003; O'connor et al., 2006). Cette relation entre l'attitude et le suicide est réciproque. D'une part, il apparaît que des personnes ayant manifesté un comportement suicidaire préalable, ont souvent une attitude plus tolérante vis-à-vis du suicide, comparé à des personnes n'ayant pas manifesté ce comportement. D'autre part il a été prouvé que chez les hommes dépressifs la probabilité d'adopter un comportement suicidaire augmente s'ils ont une attitude positive vis-à-vis du suicide (Gibb, Andover, and Beach, 2006).

Au niveau de la population, la relation entre les attitudes et les taux de suicide est moins claire. Une recherche en Ecosse montre que les régions où des tentatives de suicide sont plus fréquentes sont caractérisées par des attitudes plus négatives vis-à-vis du suicide (Platt, 1989). Une recherche interculturelle relève qu'en Russie, où les taux de suicide sont très élevés, les hommes ont plus souvent une attitude de refus vis-à-vis du suicide que les hommes suédois et norvégiens (SalanderRenberg et al., 2008).

D'autres recherches montrent que les habitants des pays avec un taux de suicide élevé ont souvent des attitudes plus tolérantes vis-à-vis du suicide que les habitants des pays avec des taux de suicide plus bas (Stack et Kposowa, 2008). Le nombre de suicides élevé dans une communauté a pour conséquence que de plus en plus de gens sont des proches de personnes suicidaires, ce qui aboutit à de plus en plus de modèles pour le comportement suicidaire (Baller et al., 2005; Baton et al., 2007). Cela signifie que de plus en plus de gens peuvent s'identifier aux personnes suicidaires dans leur entourage et voient également le suicide comme la solution de leurs problèmes (répliques suicidaires) (Stack et Kposowa, 2008). Ce mécanisme se maintient parce que dans certaines régions, la probabilité d'apparition du comportement suicidaire est facilitée par la présence d'attitudes plus tolérantes à l'égard du suicide. Ce principe s'appelle le 'social learning' ce qui peut mener à la 'contagion' ou à la 'contamination'. Les médias jouent ici un rôle d'un intérêt capital et ils ont une grande responsabilité dans leurs investigations touchant au suicide (Stack, 2003).

Les attitudes, les comportements et la réplique se diffusent plus facilement au sein de groupes homogènes et dont les membres peuvent s'identifier entre eux. Ce principe 'd'identification différenciée' (Baller, Shin et Richardson, 2005) explique pourquoi les taux de suicide peuvent tellement différer au-delà d'une frontière linguistique ou d'un pays.

Les membres d'une communauté qui tolère le suicide, sont moins motivés pour empêcher autrui de commettre le suicide (Bille-Brahe, 2000; Stack et Kposowa, 2008). Des recherches auprès de jeunes suédois et turcs en font la preuve (Eskin, 1999; Eskin, 2003). Les deux groupes présentaient les mêmes taux de tentatives de suicide et d'idéation suicidaire; pourtant le nombre de jeunes suédois décédés par le suicide était nettement plus élevé. Les jeunes suédois avaient une attitude plus tolérante vis-à-vis du suicide. Les jeunes turcs toutefois étaient impliqués davantage émotionnellement et se sentaient plus responsables vis-à-vis de leurs pairs suicidaires. En outre les jeunes turcs exprimaient plus ouvertement des pensées suicidaires que les jeunes suédois (Eskin, 1999). Dans une recherche plus récente les jeunes turcs interprétaient l'expression de pensées suicidaires plutôt comme un 'appel au secours' et ils avaient la tendance d'exprimer plus rapidement leurs pensées suicidaires que les jeunes suédois (Eskin, 2003). L'attitude turque était moins tolérante mais a contribué à plus de soutien social que la suédoise.

Les attitudes vis-à-vis du suicide se situent donc à différents niveaux (comme la légitimation, l'incompréhension, etc.) et elles diffèrent entre les pays (Hjelmeland et al., 2004; SalanderRenberg et al., 2003; SalanderRenberg, Hjelmeland, et Kuposov, 2008). Une attitude ouverte et tolérante peut donc accélérer le comportement suicidaire et doit être contrôlée (Stack et Kposowa, 2008) et complétée par une attitude d'appui et de compréhension qui stimule le soutien social et encourage les personnes suicidaires à chercher de l'aide.

Il n'existe pas de données comparatives sur les attitudes vis-à-vis du suicide en Flandre et aux Pays-Bas. L'European Values Study a montré que plus de Néerlandais (34,5%) que de Belges (17,6%) estiment le suicide justifié (Ref 1999).

#### **2.4.1. Conclusion**

Au niveau de la population, la relation entre les attitudes vis-à-vis du suicide et les taux de suicide doit être interprétée avec les précautions nécessaires à cause de l'incertitude de la direction de la relation et du caractère multidimensionnel des attitudes (SalanderRenberg, Hjelmeland, and Kuposov, 2008). En outre, il n'y a aucune recherche comparative sur les attitudes vis-à-vis du suicide en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas.

A travers cette recherche, nous voulons apporter plus de clarté sur les attitudes vis-à-vis du suicide en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas. Pour cette raison nous posons la question de recherche suivante:

**4ème question le recherche:** Y a-t-il une relation entre le taux de suicide et les attitudes vis-à-vis du suicide dans la population.

Sur base de l'étude de littérature et des 4 questions de recherche nous formulerons les hypothèses que nous testerons avec cette recherche.

## **Chapitre 3 : Le plan de recherche**

Ce chapitre offre un sommaire de tous les aspects de l'organisation de la recherche. Les thèmes suivants seront développés: (1) la population de la recherche, (2) l'échantillonnage et le taux de réponse (3) la procédure de recherche, (4) les instruments de recherche (5) analyse.

### **3.1. La population de la recherche**

Pour les trois volets (Wallonie, Flandre et Pays-Bas) la population de recherche correspond à la population générale. Les critères d'inclusion sont les suivants: âge situé entre 18 et 65 ans et avoir la nationalité belge ou néerlandaise.

Trois arguments justifient le choix du groupe d'âge. Premièrement, 80% des personnes qui décèdent par le suicide ont entre 18 et les 65 ans. Deuxièmement, au niveau de la méthode, du langage, de l'accompagnement ... l'enquête exige une approche différente lorsqu'il s'agit de jeunes ou de personnes âgées. Troisièmement, chez des jeunes de moins de 18 ans, il est impossible pour des raisons d'éthique et de protection de la vie privée d'effectuer par voie postale une enquête sur la population.

### **3.2. Echantillonnage**

Nous décrirons d'abord les principes généraux sur lesquels est basé l'échantillonnage (2.1). Ensuite nous nous concentrerons plus en détail sur les régions (2.2), et sur la méthode concrète de travail qui a conduit à la composition de l'échantillon de recherche (2.3). En dernier lieu nous examinerons le taux de réponse (2.4) et les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon (2.5).

#### **3.2.1. Les principes généraux**

Nous utilisons un échantillon systématique échelonné (Molenberghs, 2010). Un échantillon échelonné signifie qu'on sélectionne d'abord des unités primaires pour sélectionner ensuite les unités secondaires. Des unités secondaires, on extrait les unités d'échantillon tertiaires, et ainsi de suite. Dans cette recherche on retrouve au premier niveau les 5 provinces (Flandre et Wallonie) et les 4 régions (Pays-Bas).

Ensuite nous sélectionnons les arrondissements (Wallonie), les régions de soins (Flandre) et les régions COROP<sup>2</sup> (Pays-Bas). Au sein de ces régions nous sélectionnons les communes. Dans chaque commune identifiée, nous sélectionnons les personnes physiques.

L'instrument de la région de soins a été créé dans le but d'aider le gouvernement flamand à dynamiser l'organisation des structures de soins en le confrontant sans cesse aux besoins évolutifs de la population, au progrès de la science et aux possibilités financières. A cette fin le projet de décret prévoit la division du territoire en des régions de soins structurées hiérarchiquement sur trois niveaux: la ville régionale (14 pôles), la petite ville (60 pôles) et le niveau secondaire 2 (112 pôles). Dans cette recherche, nous avons retenu le niveau intermédiaire avec 60 régions de soins.

Aux Pays-Bas, les régions COROP ont été définies en 1971 par le Coördinatie Commissie Regionaal OnderzoeksProgramma à des fins analytiques. Les régions COROP ont été établies selon les principes de division nodaux (il s'agit d'une région constituée d'un noyau (urbain) et d'un territoire de soins environnant). Une région COROP est constituée de communes et relève toujours d'une seule province.

Dans un échantillon systématique les unités d'échantillon (p.ex. les communes) d'une population (p.ex. toutes les communes d'une région de soins), sont rangées d'après des critères fixes (p.ex. la taille de la population). Les unités sont choisies à partir d'un point de départ aléatoire dans la liste, avec des intervalles réguliers. Le point de départ est déterminé à l'aide de ResearchRandomizer (<http://www.randomizer.org>). Pour déterminer l'intervalle d'échantillonnage on divise la taille de la population par la taille d'échantillon stipulée.

### 3.2.2. La méthode de travail concrète

Le tirage d'échantillon se réalise en trois étapes.

1<sup>ère</sup> étape. Détermination de la taille d'échantillon

La taille d'échantillon a été déterminée, tenant compte des critères postulés, sur 4550 individus pour la Flandre et les Pays-Bas et 3990 individus pour la Wallonie. Sur base de ce nombre, nous retenons au total 9 des 20 arrondissements, 12 des 60 régions de soins et 8 des 40 régions COROP. Afin d'éviter qu'une province ou région soit sous-représentée, nous décidons de déterminer au préalable le nombre de régions de soins par province et le nombre de régions COROP par région, en tenant compte de la taille de la population des provinces et des régions concernées.

---

<sup>2</sup> COROP: Coördinatie Commissie Regionaal OnderzoeksProgramma

*Tableau 3 Aperçu du nombre de régions / arrondissements en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas*

<b>Wallonie</b>		<b>Flandre</b>		<b>Pays-Bas</b>	
<b>Province</b>	<b>Nombre d'arrondissements</b>	<b>Province</b>	<b>Nombre de régions de soins</b>	<b>Région</b>	<b>Nombre de régions COROP</b>
Brabant Wallon	1	Flandre occidentale	2	Pays-Bas Nord	1
Liège	2	Flandre orientale	3	Pays-Bas Est	2
Luxembourg	2	Brabant Flamand	2	Pays-Bas Ouest	3
Namur	2	Anvers	3	Pays-Bas Sud	2
Hainaut	2	Limbourg	2		
<b>Total</b>	<b>9</b>		<b>12</b>		<b>8</b>

## 2<sup>ème</sup> étape. La sélection des régions

Pour la sélection des arrondissements par province en Wallonie, les régions de soins par province en Flandre et des régions COROP par région, chacune est classée en fonction du nombre d'habitants. Le nombre d'habitants des arrondissements est exprimé comme un pourcentage du nombre d'habitants total de la province (= 100%). Ce total de 100% est partagé par le nombre d'habitants nécessaires par province pour atteindre le nombre global de 3990 personnes. Ce nombre détermine l'intervalle. Un point de départ a été déterminé de façon aléatoire. Ce point de départ et les intervalles déterminent ensuite les régions retenues. Le tableau 4 et la Figure 2 (page 31) en donnent un aperçu.

*Tableau 4 Régions sélectionnées en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas*

<b>Wallonie</b>	<b>Flandre</b>	<b>Pays-Bas</b>
<b>Arrondissement</b>	<b>Région de soins</b>	<b>Région COROP</b>
Nivelles	Roulers	Hollande du Sud-Est
Charleroi	Furnes	Limburg du Sud
Mons	Alost	Flevoland
Liège	Gand	Brabant du Sud-Nord-Est
Huy	Lokeren	Veluwe
Neufchâteau	Hasselt	Grand-Rijnmond
Bastogne	Lommel	Grand-Amsterdam
Namur	Asse	Frise du Sud-Est
Philippeville	Louvain	
	Anvers	
	Schilde	
	Brasschaat	

3<sup>ème</sup> étape. La sélection de la commune et de la taille de l'échantillon par commune

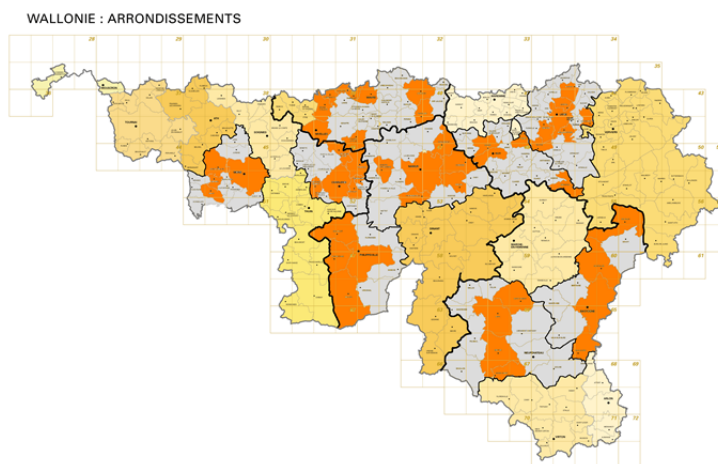
Pour la sélection des communes, nous suivons une procédure similaire. Toutes les communes, 138 en Wallonie, 91 en Flandre et 124 aux Pays-Bas, des régions retenues sont rangées selon le nombre d'habitants. Le nombre d'habitants par commune s'exprime comme un pourcentage du nombre d'habitants total de toutes les communes retenues (=100%). De chaque commune sélectionnée, un groupe minimal de 50 (Flandre) ou de 70 (les Pays-Bas et la Wallonie) personnes physiques est sélectionné. La taille totale de l'échantillon est de 4550. Au total nous désignons donc 57 groupes en Wallonie (3990/70), 91 en Flandre (4550/50) et 65 aux Pays-Bas (4550/70). Le nombre total d'habitants de toutes les communes sélectionnées (100%) divisé par 57, 91 et 65 nous donne l'intervalle. Le point de départ est déterminé au hasard. Les intervalles ne déterminent donc pas uniquement le choix des communes, mais également la taille de l'échantillon par commune étant donné que l'intervalle peut indiquer plusieurs fois la même commune.

4<sup>ème</sup> étape La sélection des personnes physiques

Le Registre national (Flandre et Wallonie) et la Gemeentelijke Basis Administratie (l'administration municipale aux Pays-Bas) ont tiré ensuite par commune sélectionnée un échantillon systématique aléatoire des personnes physiques âgées de 18 à 64 ans et ayant la nationalité belge/néerlandaise.

### 3.2.3. Le résultat de la procédure d'échantillonnage

Cette procédure mène à un échantillon pour la Wallonie de 3990 personnes, issues de 49 communes et de 9 arrondissements, réparties sur les 5 provinces, pour la Flandre l'échantillon comprend 4450 personnes de 55 communes et 12 régions de soins, réparties sur les 5 provinces. L'échantillon néerlandais consiste en 4550 personnes de 38 communes et de 8 régions COROP, réparties sur les 4 parties du pays. Le Tableau 3 et la Figure 1 reflètent la région sélectionnée.



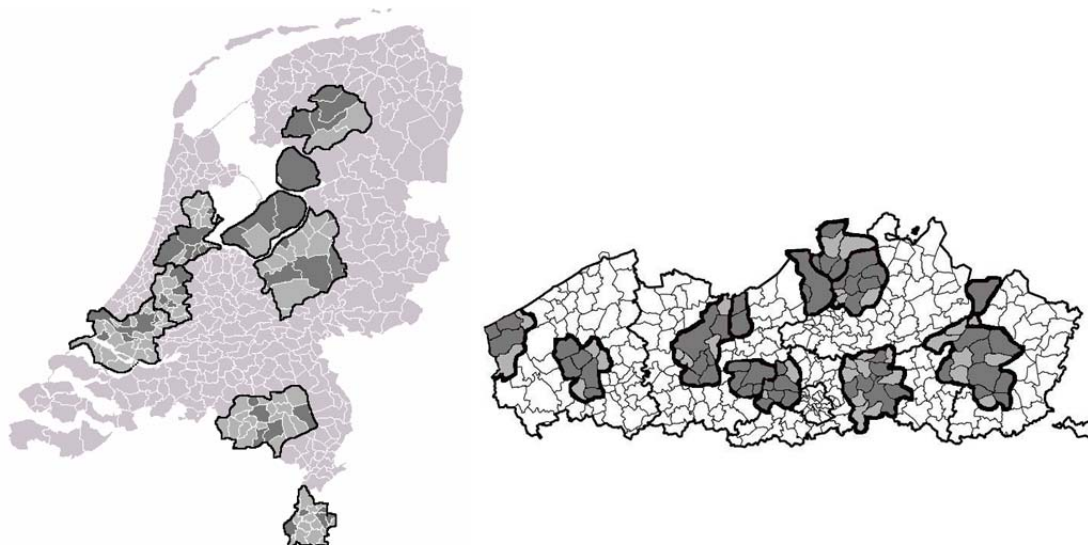
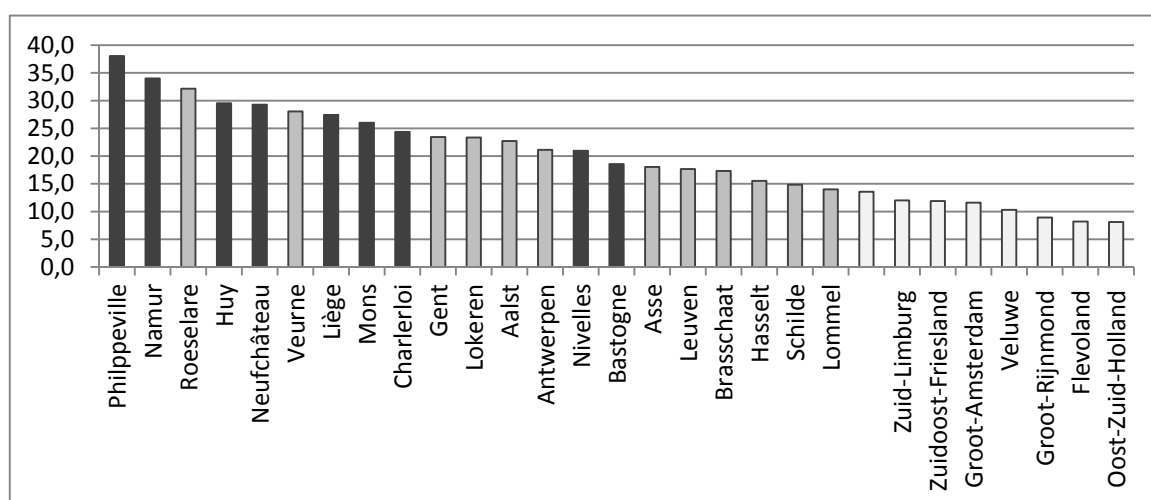


Figure 2 Sélection des régions et sélection des communes en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas et.

Le graphique ci-dessous reflète les taux de suicide pour 20 régions sélectionnées. Pour la Flandre et les Pays-Bas les chiffres absolus sur les suicides ont été recueillis auprès des instances officielles responsables de leur gestion. En Flandre il s'agit du Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid, aux Pays-Bas du Centraal Bureau voor Statistiek. Sur base de ces données, nous calculons les taux de suicide standardisés chez des personnes âgées de 20 à 65 ans exprimés par 100.000 habitants pour la période de 2004 à 2008. Le graphique ci-dessous reflète les taux de suicide pour 20 régions de la sélection.



Graphique 3 Taux de suicide par 100.000 habitants par région en Wallonie (en noir), en Flandre (en gris) et aux Pays-Bas (en blanc) pour la période 2004-2008

Sources: - La Wallonie: Institute Scientifique de santé publique  
 -La Flandre: Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (Agence flamande Soins et Santé)  
 - Les Pays-Bas: Centraal Bureau voor Statistiek (Bureau central des statistiques).



### 3.2.4. Taux de réponse

Le taux de réponse du volet flamand s'élève à 41,4%, et est nettement plus élevé que celui du volet wallon (29,5%) et néerlandais (27,0%).

*Tableau 5 Aperçu du taux de réponse*

Envois et réponses	Wallonie		Flandre		Pays-Bas	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Personnes sélectionnées	3990	100	4550	100	4550	100
Non livrés	47	1,2	29	0,6	8	0,2
Répondant dans l'incapacité de répondre (problème de langue, état mental, trop jeune, etc.)	5	0,1	10	0,2	41	0,9
Taille effectif de l'échantillon	3938	98,7	4511	99,1	4501	98,9
<b>Réponse</b>	<b>1162</b>	<b>29,5</b>	<b>1867</b>	<b>41,4</b>	<b>1233</b>	<b>27,4</b>

### 3.2.5. La description sociodémographique de l'échantillon

En total, environ 6 sur 10 des participants sont des femmes (Cf. Tableau 6). L'âge moyen pour les hommes flamands est de 43,9 ans (S.D = 13,5) et de 46,4 ans (S.D = 12,9) pour les hommes néerlandais. L'âge moyen pour les femmes flamandes et néerlandaises est respectivement de 42,5 (S.D = 13,3) et 44,0 ans (S.D = 13,2). Ces différences sont significatives aussi bien pour les hommes ( $F(1) = 9,90, p < .01$ ) que pour femmes ( $F(1) = 6,26, p < .05$ ). C'est pourquoi dans toute analyse, l'âge fait l'objet d'un contrôle systématique.

*Tableau 6 Sexe des participants et de l'échantillon*

	Wallonie	Flandre	Pays-Bas
Pourcentage homme	37.8	42.0	38.1
Pourcentage femme	62.2	58.0	61.9

### 3.2.6. Procédure d'enquête

La collecte de données est identique pour la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas. Les personnes sélectionnées reçoivent initialement un questionnaire et une lettre d'accompagnement dans laquelle le but de la recherche est présenté brièvement. De plus, la lettre explique clairement que la participation éventuelle à la recherche n'engage en rien la personne concernée. En outre la procédure de sélection et le caractère anonyme de la recherche sont expliqués. La lettre fait également mention des données de contact pour les questions ou les remarques éventuelles et des coordonnées d'un service d'assistance anonyme.

En dernier lieu la lettre mentionne les incitants (tickets de cinéma ou des chèques cadeau) qu'on peut gagner si le questionnaire est rempli et retourné à temps. Les personnes sélectionnées reçoivent également une enveloppe vide pour retourner gratuitement le questionnaire rempli. Les personnes n'ayant pas retourné le questionnaire après 2 semaines, reçoivent un rappel avec la demande sans engagement de participer à la recherche. Après deux semaines les non-participants reçoivent de nouveau un questionnaire avec une lettre accompagnante. Cette procédure s'étale sur deux mois. L'enquête a eu lieu en Wallonie en mai- juin 2011, en Flandre en novembre - décembre 2009 et aux Pays-Bas en novembre - décembre 2010.

La réalisation du volet néerlandais de la recherche a été possible grâce au Prof. dr. Ad Kerkhof du département psychologie clinique de la VU Amsterdam. Il a relu la version néerlandaise du questionnaire et contacté les instances néerlandaises pour l'obtention d'un échantillon et il a été le point d'information pour les personnes ayant des questions ou des remarques concernant la recherche.

La recherche en Wallonie a été suivie par un comité directeur, composé par des membres de l'Association Interrégionale de Guidance et de Santé, de la Province de Liège, du centre de prévention du suicide "Un pass dans l'impasse", La Wallonie et Lucas de la Katholieke Universiteit Leuven.

La recherche a été soumise au comité d'éthique médicale pour les SSM (METiGG) aux Pays-Bas et la commission pour la protection de la vie privée (CPVP) en Belgique.

### 3.3. Les instruments d'enquête

Le questionnaire commence par la récolte de quelques **données sociodémographiques** (sexe, âge, domicile). Ensuite, la version française validée de l'échelle SF-36 portent sur respectivement **la santé mentale (5 items)** et **la vitalité (4 items)** au cours des 4 dernières semaines (Leplège, A. et al., 1998).

Les réponses peuvent être indiquées sur une échelle de 1 (jamais) à 6 (toujours). Le score total est calculé en additionnant les scores par question. Chaque score a ensuite été transformé en un score allant de 0 à 100. Un score élevé signifie une bonne santé et vitalité mentales (Ware et al., 1992).

En ce qui concerne **l'expérience avec des problèmes mentaux et émotionnels** la question suivante a été posée: 'Pouvez-vous vous rappeler d'avoir traversé une période difficile pendant laquelle vous souffriez de troubles psychologiques ou émotionnels comparables à ceux d'*Anita* ou de *Benoît*?'. Ensuite 2 vignettes décrivant les situations d'*Anita* et de *Benoît* sont présentées.

En voici un exemple:

*Anita a 28 ans. Elle est mariée et a 2 enfants. Pour son entourage, Anita est une femme solide et heureuse. Presque personne ne sait qu'Anita est en congé de maladie depuis une semaine et qu'elle se sent dépressive. Elle n'arrive plus à faire son ménage et elle s'occupe de moins en moins de ses enfants. Anita se sent inférieure aux autres, elle est souvent anxieuse et elle pleure souvent. Ces derniers temps elle a l'impression de n'être plus à la hauteur.*

L'avantage complémentaire de ces fiches est que tous les participants reçoivent la même description concrète de ce qu'on entend par des problèmes mentaux et émotionnels.

Suivent alors quelques questions sur les idées **suicidaires, les tentatives de suicide et la recherche d'aide**. Un exemple: 'Avez-vous un jour entrepris une tentative de suicide?'. Les participants peuvent répondre si c'était le cas 'au cours de la dernière année' ou 'il y a plus d'un an'. Si le répondant répond affirmativement à une des questions, on lui demande s'il a cherché de l'aide et s'il l'a obtenue.

Afin de savoir dans quelle mesure **l'offre de soins** est connue, nous soumettons aux participants une liste de structures en leur demandant dans quelle mesure ils les connaissent. Les participants ont la possibilité de répondre par 'Oui', 'Non' ou 'J'en ai déjà entendu parler, mais je ne sais pas ce qu'elles font'. La liste consiste en 'le psychologue/psychothérapeute', 'le psychiatre', les soins de santé primaires (Centre de Planning Familial (Wallonie), Centrum Algemeen Welzijn (Flandre) ou Algemeen Maatschappelijk Werk (Pays-Bas)), les soins de santé mentale de deuxième ligne (Service de Santé mentale (Wallonie), Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg (Flandre) ou Geestelijke Gezondheidszorginstelling (Pays-Bas)). Ensuite, nous évaluons la connaissance du Centre de Prévention du Suicide et de Télé-Accueil en Wallonie et la connaissance du Centre de Prévention du Suicide, Tele-Onthaal, le groupe de travail Verder et la campagne gouvernemental 'Fit in je hoofd, goed in je vel' en Flandre. Aux Pays-Bas, nous sondons la connaissance de Sensor, EX-6 et 113 Online.

À l'aide de cinq questions nous demandons aux participants s'ils ont déjà **cherché de l'aide pour des problèmes de santé mentale auparavant**. Le questionnaire investigate la consommation des médicaments, la consultation d'un généraliste, psychologue/psychothérapeute, psychiatre et autre (groupe d'entraide, homéopathe, assistant social, prêtre ...). Les réponses possibles sont: jamais, quelquefois, en traitement pendant une certaine période.

Les participants qui indiquent avoir recherché de l'aide, peuvent ensuite, indiquer sur une échelle de 1 à 10 dans quelle mesure ils sont satisfaits de la qualité de l'aide reçue.

**L'auto-stigmatisation pour la recherche d'aide formelle** est mesuré par une interprétation propre de l'échelle 'Self- stigmat of seeking help' (Vogel, Wade, and Haake, 2006). Cette échelle consiste en 10 affirmations et a une bonne consistance (entre .83 et .91) et validité interne (Bathje et al., 2011). Dans notre recherche, la consistance interne s'élève à .85. Une affirmation, à titre d'exemple: Chercher de l'aide formelle pour des troubles psychiques ou émotionnels me donnerait le sentiment d'être moins intelligent(e). Le score total est calculé en additionnant les scores par affirmation et les exprimant sur 100. Un score élevé signifie un taux d'auto-stigmatisation élevé.

Le sentiment de **honte** vis-à-vis de la recherche d'aide formelle est mesuré à l'aide de 3 items développés à cet effet. La consistance interne s'élève à .80. Un exemple d'affirmation: « Si je recevais de l'aide formelle pour des troubles psychiques ou émotionnels, je préférerais que les voisins ne soient pas au courant ». Les participants peuvent noter leur réponse sur une échelle de Likert à 6 choix de réponse allant de 'pas du tout d'accord' jusqu'à 'entièrement d'accord'. Un score total élevé signifie beaucoup de honte.

La Perceived Devaluation - Discrimination Scale, (Link, Cullen Struening, Shrout et Dohrenwend, 1989) sonde la **stigmatisation perçue**. L'échelle consiste en 12 affirmations et a une bonne consistance (.88) et validité interne. La consistance interne de l'échelle que nous avons traduite est de .86. L'échelle évalue l'attitude de tiers vis-à-vis de gens souffrant de troubles mentaux. Une affirmation, à titre d'exemple: « La plupart des gens accepteraient comme enseignant un patient psychiatrique complètement rétabli ». Les réponses sont données sur une échelle de Likert à 6 choix de réponse allant de 'pas du tout d'accord' à 'entièrement d'accord'. Un score total élevé correspond à beaucoup de stigmatisation perçue.

**L'attitude vis-à-vis de l'aide mentale formelle** est mesurée à l'aide de la 'Attitudes toward seeking professional psychological help scale' (version courte) (Fisher et al., 1995). L'échelle consiste en 10 affirmations et a une bonne consistance (.84) et validité internes. L'échelle a été traduite spécifiquement pour cette recherche. Dans cette recherche, la consistance interne s'élève à (.81). Une affirmation, à titre d'exemple: « Tout le monde devrait résoudre ses propres problèmes; l'aide formelle ne devrait venir qu'en dernière instance ». Les possibilités de réponse vont de 'pas du tout d'accord' à 'entièrement d'accord' sur une échelle de Likert à 6 possibilités de réponse. Un score total élevé concorde avec une attitude positive.

**Les attitudes vis-à-vis de la médication** ont été examinées moyennant 8 des 10 affirmations de la 'Attitudes toward psychotropic drug scale' (Angermeyer et al., 2004). L'échelle a une bonne consistance et validité interne. L'échelle a été traduite par les chercheurs. La consistance interne dans cette recherche est de .79.

Une affirmation, à titre d'exemple: « Les avantages du traitement médical sont supérieurs aux inconvénients ». Les possibilités de réponse vont de 'pas du tout d'accord' à 'entièrement d'accord' sur une échelle de Likert à 6 possibilités de réponses. Un score total élevé concorde avec une attitude positive.

**L'intention de rechercher de l'aide formelle** est évaluée à l'aide de 6 affirmations. Les participants ont la possibilité d'indiquer s'ils consulteraient un généraliste, un psychologue ou le psychothérapeute, un psychiatre ou une ligne de crise de suicide anonyme en cas de problèmes psychologiques ou émotionnels. De plus il a été demandé s'ils utiliseraient de la médication en étant dans cette situation. Deux affirmations investiguent **l'intention de rechercher de l'aide informelle** des problèmes psychologiques ou émotionnels auprès de membres de la famille ou auprès d'amis. Les possibilités de réponse vont de 'pas du tout d'accord' à 'entièrement d'accord' sur une échelle de Likert à 6 choix de réponse.

Nous analysons deux styles de coping. Le premier, '**Parler au sujet des émotions**' consiste en trois affirmations. La consistance interne est de .75. Un exemple: « Si dans un futur proche j'étais confronté(e) à des troubles psychiques ou émotionnels, je parlerais à d'autres de mes sentiments ». Le deuxième style, celui de '**Subir passivement**' est évalué sur deux items. Un exemple: « Si dans un futur proche j'étais confronté(e) à des troubles psychiques ou émotionnels, j'entreprendrais peu et je laisserais agir le temps ». Les participants peuvent indiquer le degré d'accord sur une échelle de Likert à 6 choix de réponse.

**Les attitudes vis-à-vis du suicide** sont mesurées moyennant 2 dimensions et deux affirmations complémentaires. La première dimension est '**l'attitude de condamnation**'. Elle réfère à l'opinion que le suicide ne peut se justifier, qu'il est incompréhensible, lâche, égoïste et faible. Elle est évaluée avec 7 items créés par les chercheurs. La consistance interne est bonne (.849). Une affirmation, à titre d'exemple: le suicide est un acte de lâcheté.

Tableau7 Liste des concepts et des instruments scientifiques

Le concept	Nombre d'items	Source	Fiabilité	Validité
Les variables sociodémographiques	3	Lucas		
La santé mentale et la vitalité	9	(Ware et al., 1992)	x	x
Les troubles mentaux et émotionnels	1	Lucas		
Idées suicidaires, tentatives de suicide et soutien	4	Lucas		
La connaissance de l'offre des soins et de bien-être	9	Lucas		
Recherche d'aide et la satisfaction	5	Lucas		
Auto-stigmatisation pour la recherche d'aide	10	(Vogel et al., 2006)	x	x
Honte perçue pour la recherche d'aide	3	Lucas	x	
Stigmatisation perçue	12	(Link et al., 1989)	x	x
Les attitudes vis-à-vis de l'aide recherchent	10	(Fisher et al., 1995)	x	x
Les attitudes vis-à-vis des médicaments	8	(Angermeyer et al., 2004)	x	x
L'intention de rechercher de l'aide formelle	6	Lucas		
L'intention de rechercher de l'aide informelle	2	Lucas		
Coping exprimant ses émotions	2	Lucas		
Coping passif	2	Lucas		
L'attitude condamnant le suicide	9	Lucas	x	
L'attitude tolérante vis-à-vis du suicide	4	Lucas	x	

La deuxième dimension est **'l'attitude de tolérance'**. Elle consiste en 4 affirmations et réfère à une attitude de compréhension et d'acceptation vis-à-vis du suicide. Une affirmation, à titre d'exemple: Tout le monde a le droit de se suicider. La consistance interne est de .75.

### 3.4. L'analyse

Les données sont codées manuellement et sont introduites dans un logiciel de traitement de données, le SPSS 16.0, en vue d'analyses statistiques.

Une comparaison entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas exige les pourcentages des trois régions. Moyennant l'analyse de régression logistique, l'odds ratio est calculé. Un odds ratio est un rapport entre deux odds. Un odd est le rapport des probabilités qu'un événement' aura lieu ou non. En voici un exemple concret. Le tableau ci-dessous montre le nombre d'hommes wallons, flamands et néerlandais qui un jour ont eu des pensées suicidaires. L'odds qu'un répondant Wallon a un jour eu un souhait de suicide est de  $141/299=0.47$ . Pour la Flandre, il est de  $236/525=0.45$ .

	Souhait de suicide		% ayant eu un jour un souhait de suicide
	Oui	Non	
Wallonie	141	299	32.4%
Flandre	236	525	31.0%
Pays-Bas	124	324	27.7%

L'odds ratio est le rapport de ces deux odds:  $0.45/0.47 = 0.95$ . Quand l'odds ratio est égal à 1, la probabilité qu'on a eu ou non un jour un souhait de suicide est la même en Wallonie et en Flandre. L'odds ratio dans cet exemple est inférieur à 1. La probabilité qu'une personne donnée ait déjà un eu envie de se donner la mort est donc plus grande en Wallonie qu'en Flandre. En plus nous calculons l'intervalle de confiance de 95% (95% I.F.) de l'odds ratio. Pour l'exemple évoqué ci-dessus, est la limite inférieure de 95% est 0.73 et la limite supérieure de 95% est 1.22. Ceci signifie que nous pouvons dire avec 95% de sécurité que l'odds ratio se situe entre 0.73 et 1.22. Si 1 n'est pas compris dans l'intervalle de confiance, on peut affirmer que le odds ratio entre la Wallonie et la Flandre est significative. Dans cet exemple, l'odds ratio de 0.95 et l'I.C. de 95% est (0.73 - 1.22). La différence entre la Wallonie et la Flandre n'est donc pas statistiquement significative. Le degré de significativité est indiqué par la valeur 'p'. Si 'p' est supérieur à .05, on dit qu'il n'y a pas de différence significative entre la Wallonie et la Flandre. Pour l'exemple évoqué ci-dessus, l'odds ratio entre la Wallonie et la Flandre pour les femmes est 0.82, l'I.C. est (0.67-0.99) et la valeur p est 0.047. La probabilité qu'une femme ait déjà eu des pensées suicidaires est donc significativement plus grande en Wallonie qu'en Flandre.

Lors du calcul de l'odds ratio, il est effectué un contrôle concernant l'âge; c'est pourquoi nous parlons d'un adjusted odds ratio (Adj. odds ratio). Le tableau ci-dessous montre la manière dont les résultats sont repris dans des tableaux. Les résultats ont été divisés par sexe. On trouve de gauche à droite les pourcentages, l'adjusted odds ratio, l'intervalle de fiabilité de 95% et le degré de significativité. La Wallonie étant la référence, l'adjusted odds ratio pour ce pays est toujours 1.

		Hommes			Femmes				
		%	Adj. Odds Ratio	95% I.C.	Sign. Niv.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.C.	Sign. Niv.
Souhait de suicide	WAL	32.4	1.00			42.7	1.00		
	FL	31.0	0.95	(0.73-1.22)	0.667	37.8	0.82	(0.67-0.99)	0.047
	PB	27.6	0.83	(0.62-1.11)	0.197	33.0	0.68	(0.55-0.84)	0.000

La relation entre les variables au niveau régional (N=29) est présentée à l'aide de nuage de points. Pour le calcul de la taille de l'effet (beta) et du degré de significativité (p) de la relation, nous faisons usage de la régression linéaire multivariée. Il est toujours effectué un contrôle pour l'âge. Cette analyse est uniquement effectuée lorsque pour la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas l'odds ratio des variables indépendantes diffèrent significativement.



## **Chapitre 4 : Taux de suicide par rapport à l'idéation suicidaire, le comportement suicidaire et les troubles psychiques**

Ce chapitre expose les résultats qui sont pertinents pour la première question de recherche et les hypothèses s'y rapportant.

**Question de recherche 1** Y a-t-il une relation significative entre le taux de suicide et les idéations suicidaires, le comportement suicidaire ou les antécédents psychiatriques dans la population?

**Hypothèse 1.1** Les participants wallons rapportent plus souvent un passé de tendances suicidaires et sont plus souvent concernés de près par des tendances suicidaires que les participants flamands et Néerlandais.

**Hypothèse 1.2** Les participants wallons rapportent un plus grand mal-être mental et moins de vitalité que les participants flamands et néerlandais.

**Hypothèse 1.3** Il y a plus de personnes avec des antécédents suicidaires et plus de proches de personnes décédées par suicide dans les régions avec un taux de suicide élevé que dans les régions avec un taux de suicide plus bas.

**Hypothèse 1.4** Le bien-être mental moyen et la vitalité sont moins élevés dans les régions avec un taux de suicide élevé que dans les régions avec un taux de suicide plus bas.

Premièrement, nous décrivons les différences entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas en ce qui concerne les tendances suicidaires et les troubles psychiques. Le deuxième paragraphe traite de l'idéation suicidaire et des troubles psychiques en relation avec le taux de suicide régional. Nous concluons ce chapitre avec une réponse à la question de recherche et nous vérifions si les hypothèses sont confirmées.

### **4.1. Comparaison entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas**

#### **4.1.1. Idées suicidaires et tentatives de suicide**

Le Tableau 8 montre qu'en Wallonie 32% des hommes et 43% des femmes disent avoir déjà eu des désirs de suicide au cours de leur vie. Les femmes wallonnes rapportent significativement plus souvent un passé d'idéations suicidaires ou de comportements suicidaires que les flamandes ou les néerlandaises. Les différences chez les hommes ne sont pas significatives.

*Tableau 8 Pourcentage des participants qui, dans les 12 derniers mois ou au moins une fois dans leur vie, ont eu des idées suicidaires ou ont fait une tentative de suicide, ventilés par sexe et par région*

		HOMMES				FEMMES			
		%	Adj. Odds Ratio	95% I.C.	Niv. imp.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.C.	Niv. Imp.
Idées suicidaires – 12 mois	WAL	13.6	1.00			16.2	1.00		
	FL	9.7	0.69	(0.48-1.01)	0.057	11.5	0.67	(0.51-0.89)	<b>0.006</b>
	PB	7.4	0.53	(0.34-0.84)	<b>0.007</b>	10.7	0.65	(0.47-0.88)	<b>0.006</b>
Idées suicidaires – une fois	WAL	32.4	1.00			42.7	1.00		
	FL	31.0	0.95	(0.73-1.22)	0.667	37.8	0.82	(0.67-1.00)	<b>0.047</b>
	PB	27.6	0.83	(0.62-1.11)	0.197	33.0	0.68	(0.55-0.84)	<b>0.000</b>
Planification du suicide – 12mois	WAL	5.1	1.00			5.3	1.00		
	FL	3.1	0.58	(0.32-1.08)	0.084	3.2	0.60	(0.37-0.97)	<b>0.036</b>
	PB	3.2	0.64	(0.33-1.27)	0.201	2.1	0.40	(0.22-0.74)	<b>0.003</b>
Planification du suicide – une fois	WAL	13.2	1.00			18.4	1.00		
	FL	13.3	1.00	(0.70-1.42)	1.00	13.7	0.71	(0.55-0.92)	<b>0.010</b>
	PB	11.6	0.87	(0.58-1.31)	0.51	12.6	0.65	(0.48-0.87)	<b>0.004</b>
Tentative de suicide – 12 mois	WAL	2.0	1.00			1.3	1.00		
	FL	0.7	0.33	(0.11-1.01)	0.053	0.6	0.44	(0.15-1.23)	0.119
	PB	0.6	0.31	(0.08-1.18)	0.086	0.7	0.55	(0.18-1.67)	0.291
Tentative de suicide – une fois	WAL	5.6	1.00			10.7	1.00		
	FL	4.4	0.78	(0.45-1.34)	0.364	5.7	0.51	(0.35-0.72)	<b>0.000</b>
	PB	4.4	0.78	(0.42-1.44)	0.420	4.8	0.42	(0.28-0.64)	<b>0.000</b>

°Adj. Odds ratio sont des odds ratio's pour lesquels l'âge est gardé sous contrôle

#### 4.1.2. Tendances suicidaires dans l'entourage

50% des hommes wallons et 60 % des femmes wallonnes rapportent connaître quelqu'un qui a déjà eu des pensées suicidaires. Cela représente significativement plus qu'en Flandre et aux Pays-Bas. Environ quatre participants wallons sur dix disent être proches d'une personne décédée par suicide. Ce pourcentage est comparable avec le pourcentage en Flandre, mais est significativement plus élevé qu'aux Pays-Bas (Cf. Tableau 9).

*Tableau 9 Pourcentage des participants qui ont dans leur entourage quelqu'un ayant eu des idées suicidaires ou qui est proche d'une personne décédée par suicide, ventilés par sexe et par régions*

		HOMMES				FEMMES			
		%	Adj. Odds Ratio	95% I.C.	Niv. imp.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.C.	Niv. Imp.
Idées suicidaires entourage	WAL	50.1	1.00			60.3	1.00		
	FL	41.9	0.71	(0.56-0.92)	<b>0.008</b>	53.8	0.74	(0.62-0.93)	<b>0.007</b>
	PB	41.0	0.70	(0.53-0.92)	<b>0.010</b>	45.8	0.56	(0.45-0.70)	<b>0.000</b>
Tentative suicide entourage	WAL	39.0	1.00			46.1	1.00		
	FL	34.5	0.82	(0.64-1.06)	0.130	39.6	0.77	(0.63-0.93)	<b>0.010</b>
	PB	28.1	0.62	(0.46-0.83)	<b>0.001</b>	31.1	0.53	(0.43-0.67)	<b>0.000</b>
Proche-parent après suicide	WAL	37.9	1.00			43.5	1.00		
	FL	38.1	1.00	(0.78-1.28)	0.974	39.7	0.85	(0.70-1.03)	0.107
	PB	31.1	0.71	(0.54-0.95)	<b>0.001</b>	30.6	0.56	(0.45-0.70)	<b>0.000</b>

°Adj. Odds ratio sont des oddsratio's pour lesquels l'âge est gardé sous contrôle

#### 4.1.3. Santé mentale, vitalité et contentement

Le tableau ci-dessous montre les résultats en santé mentale et vitalité exprimés sur 100 (cf. Tableau 3). Les participants néerlandais ont le meilleur résultat en santé mentale, alors que les participants wallons ont le résultat le plus bas. Cette différence est significative pour les deux sexes. Dans toutes les régions, les hommes ont un meilleur résultat en santé mentale que les femmes.

En vitalité, les hommes obtiennent des scores plus élevés que les femmes. Les résultats de vitalité sont significativement plus bas en Wallonie qu'en Flandre et aux Pays-Bas.

Il a été demandé aux participants s'ils ont déjà connu une période qui est comparable avec une situation décrite dans deux vignettes. Les vignettes décrivent deux personnes qui vivent une période de troubles psychiques (Cf. partie Méthode §3.2.3). En Wallonie, 38,7% des hommes et 51,4% des femmes rapportent avoir vécu une telle période. Ces pourcentages sont significativement plus élevés qu'en Flandre, mais uniquement pour les hommes.

Tableau 10 Bien-être mental et vitalité (SF-36) exprimés sur une échelle de 0-100 ventilés par sexe et par régions

	HOMMES				FEMMES				
	%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. imp.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. Imp.	
Bien-être mental	WAL	77.6	1.00		67.3	1.00			
	FL	88.4	2.20	(1.60-3.03)	<b>0.000</b>	85.0	2.73	(2.16-3.44)	<b>0.000</b>
	PB	91.5	3.10	(2.07-4.64)	<b>0.000</b>	87.4	3.37	(2.57-4.41)	<b>0.000</b>
Vitalité	WAL	59.1	1.00		49.4	1.00			
	FL	81.0	2.96	(2.26-3.86)	<b>0.000</b>	75.4	3.14	(2.56-3.86)	<b>0.000</b>
	PB	84.8	3.76	(2.73-5.19)	<b>0.000</b>	73.7	2.81	(2.25-3.50)	<b>0.000</b>
Vignette troubles psychiques	WAL	38.7	1.00		51.4	1.00			
	FL	31.4	0.72	(0.56-0.93)	<b>0.010</b>	51.5	1.00	(0.83-1.21)	0.992
	PB	35.5	0.88	(0.67-1.16)	0.368	50.7	0.97	(0.79-1.19)	0.800

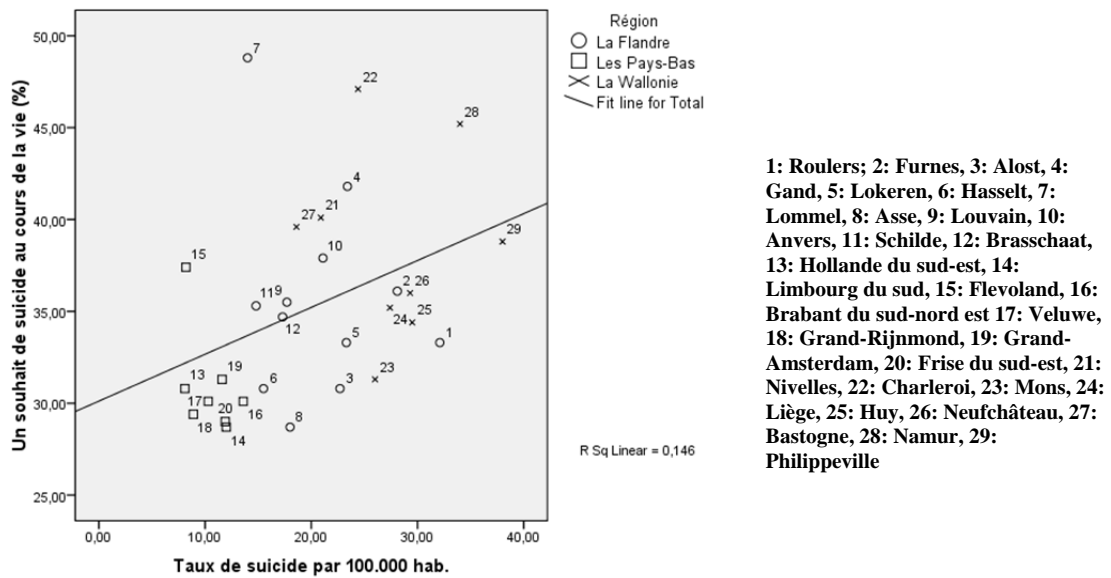
°Adj. Odds ratio sont des odds ratio's pour lesquels l'âge est gardé sous contrôle

## 4.2. Analyse de la relation entre le taux de suicide régional et les variables concernées

Ce paragraphe décrit les rapports entre les facteurs de risque recherchés et le taux de suicide régional en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas. Nous traiterons ici uniquement des facteurs de risques pour lesquels nous observons une différence significative entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas dans la partie précédente (c.à.d. idées suicidaires dans le passé, suicide dans l'entourage et santé mentale).

### 4.2.1. Idées suicidaires par rapport au taux de suicide régional

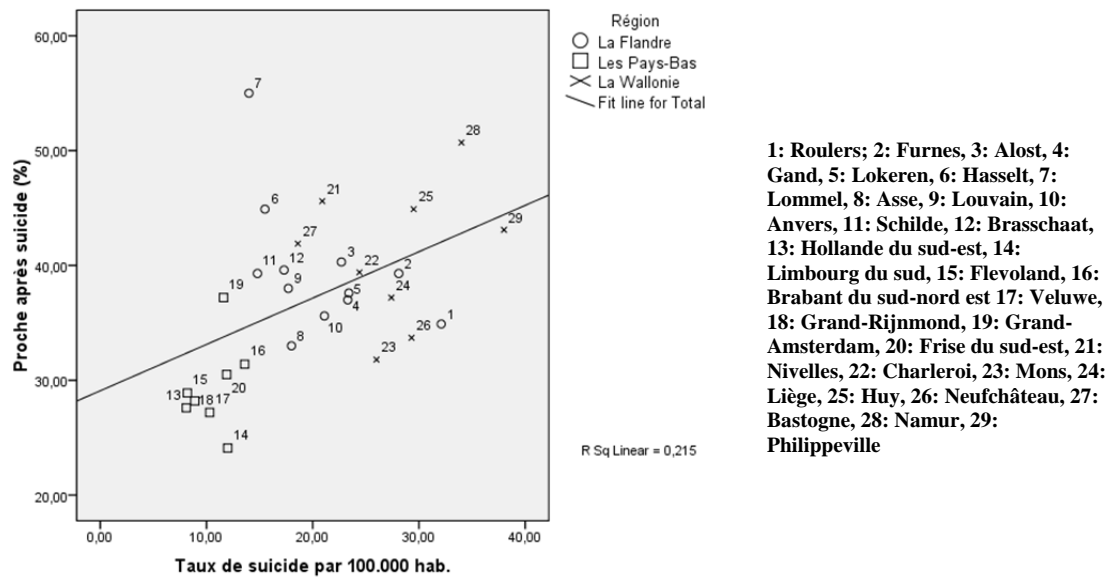
Après avoir gardé l'âge sous contrôle, il n'y a pas de relation entre le pourcentage de participants qui dit n'avoir jamais eu des idées suicidaires et le taux de suicide régional (beta = .178 ; =.292). Les participants de Lommel sont les sujets qui rapportent le plus souvent avoir déjà eu des idées suicidaires (48,8%). Les participants du Limbourg du Sud (PB) et de Asse rapportent moins souvent avoir déjà eu des idées suicidaires (28,7%).



Graphique 4 Nuage de points pour le taux de suicide et le pourcentage de pensées suicidaires par région (FL: gris Clair / PB: gris foncé)

#### 4.2.2. Nombre de personnes étant proches d'une personne décédée par suicide par rapport au taux de suicide régional

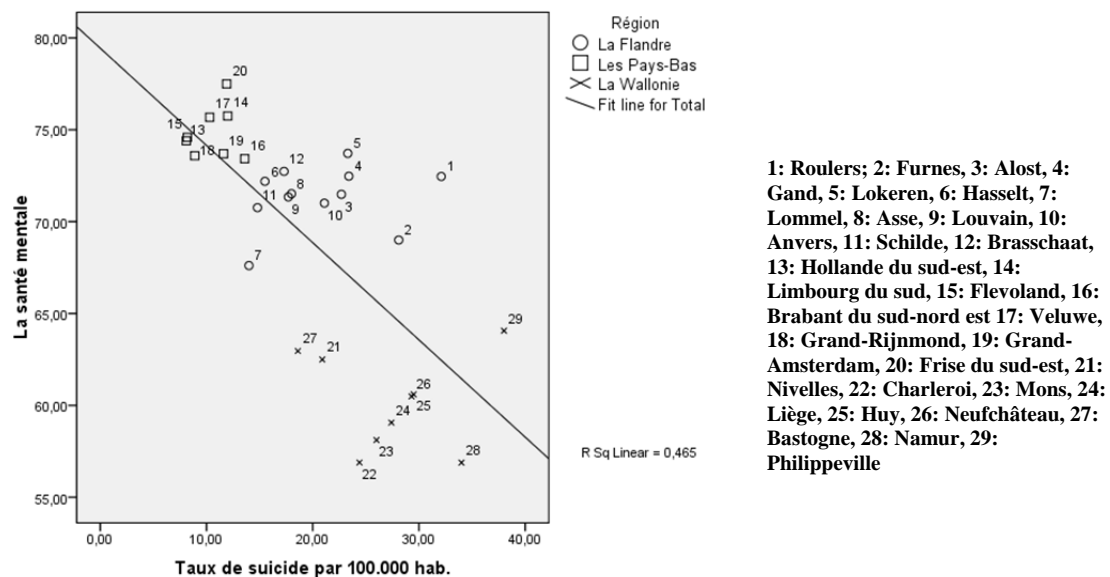
Après avoir gardé l'âge sous contrôle, il n'y a pas de relation entre les participants qui disent avoir été proches d'une personne décédée par suicide et le taux de suicide régional ( $\beta = .186$  ;  $p = .324$ ). Les participants de Lommel rapportent le plus souvent avoir été proches d'une personne décédée par suicide (55,0%). Les participants du Limbourg du Sud (PB) rapportent le moins souvent avoir été proches d'une personne décédée par suicide (24,1%).



Graphique 5 Nuage de points pour le taux de suicide et le pourcentage de proches après suicide par région (FL: gris Clair / PB: gris foncé)

#### 4.2.3. Santé mentale et Vitalité par rapport au taux de suicide régional

Le résultat moyen sur le bien-être mental est de 68,8% (D.S. = 6,4). Charleroi et Namur ont les résultats les plus faibles (56,6%) et la Frise du Sud-ouest le plus haut (77,5%). Il y a une relation négative significative entre le bien-être mental moyen et le taux de suicide par région, après avoir gardé l'âge sous contrôle. (beta = -,507; p=0,002.).



Graphique 6 Nuage de points pour le taux de suicide et la valeur moyenne de santé mentale par région (FL: gris Clair / PB: gris foncé)

### 4.3. Conclusion

Le taux de suicide en Wallonie est plus élevé que celui de la Flandre et des Pays-Bas. Les pensées et comportements suicidaires antérieurs et les troubles psychiques sont des facteurs de risques du suicide importants. On pourrait donc s'attendre à ce que ces facteurs de risques apparaissent plus fréquemment en Wallonie qu'en Flandre et aux Pays-Bas.

Nous formulons 4 hypothèses sur base de l'étude de la littérature. La première hypothèse est la suivante:

**Hypothèse 1.1** Les participants wallons rapportent plus souvent un passé de tendances suicidaires et sont plus souvent concernés de près par des tendances suicidaires que les participants flamands et néerlandais.

Les résultats confirment en partie cette hypothèse. Seules les femmes wallonnes rapportent plus souvent avoir des antécédents suicidaires en comparaison avec les femmes flamandes ou néerlandaises. On ne trouve aucune différence significative chez les hommes.

Les **proches de personnes décédées par suicide** courent un risque de suicide plus élevé. A côté du stress émotionnel à la suite d'une expérience de perte et de la stigmatisation que les proches doivent souvent subir, le comportement suicidaire dans l'entourage peut également inciter à la réplique suicidaire. Etant donné que le taux de suicide est plus haut en Wallonie qu'en Flandre et aux Pays-Bas, on pourrait s'attendre à ce que le nombre de proches de personnes décédées par suicide y soit également plus élevé. Cette supposition est en partie confirmée par notre recherche.

Les participants wallons rapportent plus souvent qu'ils sont proches de personnes ayant des pensées suicidaires ou ayant tenté de se suicider, en comparaison avec les participants flamands et néerlandais. Quatre participants wallons et flamands sur dix disent être proches de personnes décédées par suicide. Cette proportion est significativement plus élevée qu'aux Pays-Bas.

**Hypothèse 1.2** Les participants wallons rapportent un plus grand mal-être mental et moins de vitalité que les participants flamands et néerlandais.

L'hypothèse 1.2 est confirmée. Il y a significativement plus de participants wallons ayant une moins bonne **santé mentale** et une **vitalité** plus basse que de participants flamands et néerlandais.

Nous testons deux hypothèses au niveau régional.

**Hypothèse 1.3** Il y a plus de personnes avec des antécédents suicidaires et plus de proches de personnes décédées par suicide dans les régions avec un taux de suicide élevé que dans les régions avec un taux de suicide plus bas.

Cette recherche ne permet pas de confirmer l'hypothèse 1.3.

**Hypothèse 1.4** Le bien-être mental moyen et la vitalité sont moins élevés dans les régions avec un taux de suicide élevé que dans les régions avec un taux de suicide plus bas.

L'hypothèse 1.4 n'est confirmée que partiellement. On trouve une relation négative significative entre le score moyen de santé mentale et le taux de suicide régional. Nous ne trouvons pas d'association entre le résultat de vitalité régional et le taux de suicide.

Pour conclure, nous pouvons répondre en partie positivement à la première question de recherche. Nos données confirment l'existence d'une relation entre d'un côté, le taux de suicide et de l'autre, les pensées suicidaires, les comportements suicidaires et les troubles psychiques dans la population. Nous avons trouvé une relation significative au niveau des 29 régions entre le mal-être mental et le taux de suicide.

Etant donné que ce ne sont pas seulement les facteurs de risques qui déterminent le taux de suicide, mais que la manière de gérer ces facteurs joue également un rôle important, nous porterons notre attention dans le chapitre suivant sur la relation entre le taux de suicide et le comportement de recherche d'aide.



## **Chapitre 5 : Taux de suicide par rapport à la recherche d'aide pour une problématique de santé mentale**

**Question de recherche 2** Existe-t-il une relation entre le taux de suicide et la recherche d'aide dans la population?

**Hypothèse 2.1** Les participants wallons cherchent et reçoivent moins souvent d'aide formelle pour des troubles psychiques que les participants flamands et néerlandais.

**Hypothèse 2.2** Les participants wallons sont moins vite tentés de chercher de l'aide informelle pour des pensées suicidaires ou des troubles psychiques que les participants flamands et néerlandais.

**Hypothèse 2.3** On a moins souvent reçu de l'aide formelle auparavant et les intentions de recherche d'aide formelle pour les troubles psychiques sont plus rares dans les régions avec un taux de suicide élevé que dans celles avec un taux de suicide plus bas.

**Hypothèse 2.4** Les intentions de recherche d'aide informelle pour les troubles psychiques sont plus rares dans les régions avec un taux de suicide élevé que dans celles avec un taux de suicide plus bas.

Premièrement, nous décrivons les différences entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas en ce qui concerne la recherche d'aide pour les tendances suicidaires et les troubles psychiques. Le deuxième paragraphe traitera de la relation entre la recherche d'aide et le taux de suicide régional. Dans le troisième paragraphe, nous interpréterons les résultats en relation avec les hypothèses exposées précédemment.

### **5.1. Comparaison entre la Flandre et les Pays-Bas**

Dans ce paragraphe, nous décrivons en premier l'aide reçue dans le passé, et ensuite l'intention de rechercher de l'aide dans le futur pour des problèmes psychiques.

#### **5.1.1. Aide reçue dans le passé**

##### *5.1.1.1. Recherche et obtention d'aide pour des pensées et comportements suicidaires.*

Environ un Wallon sur trois ayant déjà eu des pensées suicidaires dit avoir cherché du soutien par rapport à celles-ci. Trois Wallons sur quatre ayant déjà cherché de l'aide disent s'être effectivement senti soutenu. Ces pourcentages ne diffèrent pas significativement de ceux des participants flamands et néerlandais.

Tableau 11 Pourcentage des participants qui ont cherché du soutien et en ont reçu pour des problèmes suicidaires, répartis par sexe et par région.

		HOMMES				FEMMES			
		%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. imp.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. Imp.
Soutien cherché	WAL	32.6	1.00			39.0	1.00		
	FL	28.5	0.85	(0.53-1.35)	0.483	33.7	0.79	(0.57-1.10)	0.161
	PB	28.3	0.82	(0.48-1.41)	0.478	44.5	1.27	(0.88-1.79)	0.209
Soutien reçu	WAL	75.6	1.00			79.5	1.00		
	FL	71.4	0.73	(0.30-1.79)	0.496	74.1	0.75	(0.40-1.37)	0.342
	PB	79.4	1.12	(0.38-3.33)	0.831	84.2	1.37	(0.68-2.78)	0.381

°Adj. Odds ratio sont des oddsratio's pour lesquels l'âge est gardé sous contrôle

Tableau 12 Pourcentage des participants qui ont reçu antérieurement de l'aide formelle pour des troubles psychiques, répartis par sexe et par région.

		HOMMES				FEMMES			
		%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. imp.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. Imp.
Déjà cherché de l'aide formelle	WAL	38.3	1.00			58.3	1.00		
	FL	28.0	0.62	(0.48-0.80)	<b>0.000</b>	46.5	0.62	(0.51-0.76)	<b>0.000</b>
	PB	40.6	1.06	(0.80-1.39)	0.688	55.6	0.88	(0.72-1.09)	0.251
Déjà eu un traitement	WAL	17.5	1.00			28.6	1.00		
	FL	12.7	0.69	(0.49-0.96)	<b>0.028</b>	21.0	0.67	(0.54-0.84)	<b>0.000</b>
	PB	20.3	1.17	(0.83-1.65)	0.375	30.7	1.12	(0.89-1.40)	0.354
Médication	WAL	24.6	1.00			37.6	1.00		
	FL	16.2	0.58	(0.43-0.78)	<b>0.000</b>	27.6	0.62	(0.50-0.76)	<b>0.000</b>
	PB	17.3	0.60	(0.43-0.83)	<b>0.002</b>	25.5	0.54	(0.43-0.67)	<b>0.000</b>
Médecin généraliste	WAL	26.2	1.00			44.5	1.00		
	FL	18.6	0.62	(0.47-0.83)	<b>0.001</b>	36.3	0.70	(0.58-0.86)	<b>0.000</b>
	PB	30.0	1.12	(0.83-1.51)	0.452	42.4	0.88	(0.72-1.09)	0.252
Psychothérapeute	WAL	23.7	1.00			39.8	1.00		
	FL	14.8	0.56	(0.42-0.76)	<b>0.000</b>	25.1	0.51	(0.42-0.63)	<b>0.000</b>
	PB	27.4	1.21	(0.89-1.64)	0.227	40.1	1.03	(0.83-1.27)	0.801
Psychiatre	WAL	13.2	1.00			15.8	1.00		
	FL	10.4	0.76	(0.53-1.10)	0.152	12.5	0.77	(0.58-1.01)	0.057
	PB	10.8	0.76	(0.50-1.14)	0.184	13.5	0.81	(0.60-1.09)	0.158

°Adj. Odds ratio sont des oddsratio's pour lesquels l'âge est gardé sous contrôle

### 5.1.1.2. *Obtention d'aide formelle pour des troubles psychiques antérieurs*

Les participants wallons ont significativement plus souvent reçu de l'aide formelle pour des troubles psychiques que les participants flamands. Le pourcentage de participants wallons ayant déjà consulté un psychiatre est le seul à être comparable au pourcentage flamand. L'obtention d'aide antérieure chez les participants wallons est comparable à l'obtention d'aide chez les participants néerlandais.

## 5.1.2. **L'intention de chercher de l'aide formelle, la recherche de soutien informel et les mécanismes d'adaptation**

### 5.1.2.1. *L'intention de chercher de l'aide formelle*

L'intention de chercher de l'aide dans le futur auprès d'un médecin généraliste ou d'un psychothérapeute pour des troubles psychiques est significativement plus élevée en Wallonie qu'en Flandre. L'intention de consulter un psychothérapeute est plus importante aux Pays-Bas. L'intention de consulter un psychiatre est la même en Wallonie et en Flandre, mais est significativement plus faible qu'aux Pays-Bas. L'intention d'avoir recours à la médication ne varie pas significativement entre les régions. Il n'y a pas de différence entre la Wallonie et la Flandre en ce qui concerne l'intention de contacter une ligne de crise. (cf. Tableau 13).

*Tableau 13 Pourcentage des participants qui ont l'intention de chercher de l'aide formelle s'ils étaient confrontés à des troubles psychiques et émotionnels, répartis par sexe et par région*

		HOMMES				FEMMES			
		%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. imp.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. Imp.
Médecin généraliste	WAL	82.5	1.00			84.9	1.00		
	FL	76.2	0.66	(0.48-0.90)	<b>0.009</b>	81.6	0.75	(0.58-0.99)	<b>0.038</b>
	PB	83.4	0.90	(0.62-1.30)	0.573	82.6	0.74	(0.56-0.99)	<b>0.045</b>
Psychothérapeute	WAL	66.5	1.00			72.0	1.00		
	FL	56.2	0.64	(0.49-0.82)	<b>0.000</b>	67.8	0.82	(0.66-1.01)	0.064
	PB	75.3	1.46	(1.08-1.96)	<b>0.013</b>	80.5	1.59	(1.25-2.04)	<b>0.000</b>
Psychiatre	WAL	46.4	1.00			45.9	1.00		
	FL	47.7	1.05	(0.82-1.33)	0.709	49.8	1.17	(0.96-1.42)	0.113
	PB	60.7	1.71	(1.30-2.25)	<b>0.000</b>	57.8	1.58	(1.28-1.95)	<b>0.000</b>
Médication	WAL	42.4	1.00			45.7	1.00		
	FL	41.1	0.93	(0.73-1.19)	0.560	46.3	1.03	(0.85-1.25)	0.761
	PB	50.6	1.29	(0.98-1.70)	0.067	51.2	1.22	(0.99-1.50)	0.066

Appeler ligne de crise	WAL	27.4	1.00			27.6	1.00		
	FL	25.7	0.90	(0.69-1.18)	0.457	27.6	1.01	(0.81-1.25)	0.954
	PB	16.4	0.49	(0.35-0.69)	<b>0.000</b>	19.1	0.61	(0.47-0.78)	<b>0.000</b>
Chatter avec ligne de crise	WAL	18.9	1.00			19.5	1.00		
	FL	19.2	1.02	(0.75-1.38)	0.912	20.6	1.08	(0.85-1.38)	0.512
	PB	13.7	0.66	(0.46-0.96)	<b>0.028</b>	14.3	0.70	(0.53-0.92)	<b>0.012</b>

°Adj. Odds ratio sont des oddsratio's pour lesquels l'âge est gardé sous contrôle

### 5.1.2.2. L'intention de chercher de l'aide informelle

Les participants wallons sont significativement moins enclins à chercher du soutien auprès de leur famille et de leurs amis que les participants flamands et néerlandais. Cette différence est la plus significative chez les femmes. (Cf. Tableau 14)

*Tableau 14 Pourcentage des participants qui ont l'intention de chercher de l'aide informelle si ils étaient confrontés à des troubles psychiques et émotionnels, répartis par sexe et par région*

		HOMMES				FEMMES			
		%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. imp.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. Imp.
Famille	WAL	71.2	1.00			64.4	1.00		
	FL	74.5	1.19	(0.92-1.56)	0.188	73.7	1.58	(1.28-1.94)	<b>0.000</b>
	PB	73.6	1.17	(0.87-1.57)	0.297	80.1	2.31	(1.82-2.92)	<b>0.000</b>
Amis	WAL	71.6	1.00			72.3	1.00		
	FL	77.5	1.41	(1.07-1.87)	<b>0.015</b>	82.8	1.90	(1.50-2.41)	<b>0.000</b>
	PB	78.8	1.65	(1.20-2.26)	<b>0.002</b>	84.1	2.25	(1.73-2.92)	<b>0.000</b>

°Adj. Odds ratio sont des oddsratio's pour lesquels l'âge est gardé sous contrôle

### 5.1.2.3. Mécanismes d'adaptation

Cette recherche ne montre aucune différence statistique entre les régions en ce qui concerne l'intention de parler de ses sentiments dans un contexte formel ou informel. On relève que les wallons envisagent davantage d'adopter une attitude passive face à des problèmes émotionnels ou psychiques. Ces différences sont significatives uniquement chez les femmes.

*Tableau 15 Pourcentage de participants qui adopteraient un certain mécanisme d'adaptation s'ils étaient confrontés à des problèmes psychiques ou émotionnels, répartis par sexe et par région*

		HOMMES				FEMMES			
		%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. imp.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. Imp.
Parler des sentiments	WAL	54.6	1.00			62.3	1.00		
	FL	53.2	0.93	(0.73-1.19)	0.571	64.4	1.10	(0.90-1.34)	0.372
	PB	55.7	0.99	(0.76-1.31)	0.966	63.8	1.05	(0.85-1.30)	0.665
Rester passif	WAL	28.2	1.00			26.1	1.00		
	FL	23.0	0.77	(0.58-1.01)	0.060	19.6	0.69	(0.55-0.86)	<b>0.001</b>
	PB	23.6	0.81	(0.60-1.10)	0.184	15.7	0.53	(0.41-0.69)	<b>0.000</b>

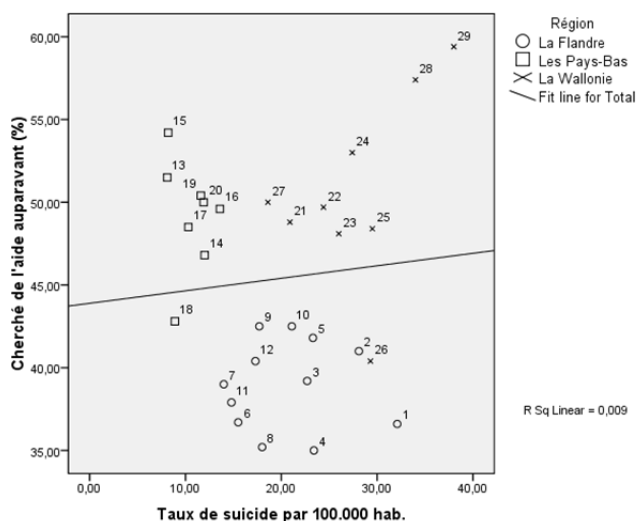
°Adj. Odds ratio sont des oddsratio's pour lesquels l'âge est gardé sous contrôle

## 5.2. Comparaison entre les régions en Flandre et aux Pays-Bas

Ce paragraphe décrit les relations entre la recherche d'aide et le taux de suicide régional en Wallonie, en Flandre et aux Pays-Bas. Nous ne traitons ici que des variables pour lesquelles nous avons observé une différence interrégionale significative dans le paragraphe précédent. La relation entre la recherche de soutien pour des pensées suicidaires et le taux de suicide régional n'entre pas dans l'analyse car le nombre de sujets par région n'est pas assez élevé pour une analyse statistique fiable.

### 5.2.1. Aide reçue pour des troubles psychiques auparavant

Après avoir gardé l'âge sous contrôle, il n'y a pas de relation entre le pourcentage de participants rapportant avoir déjà reçu de l'aide formelle auparavant et le taux de suicide régional ( $\beta = .145$ ;  $p = .358$ ). Les participants de Philippeville rapportent le plus souvent avoir déjà reçu une aide formelle (59,4%). Les participants de Gand rapportent le moins souvent avoir déjà reçu de l'aide formelle (35,0%).

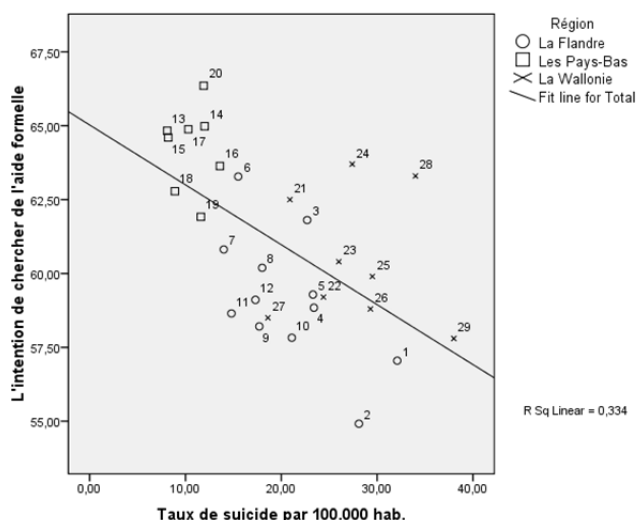


- 1: Roulers; 2: Furnes, 3: Alost, 4: Gand, 5: Lokeren, 6: Hasselt, 7: Lommel, 8: Asse, 9: Louvain, 10: Anvers, 11: Schilde, 12: Brasschaat, 13: Hollande du sud-est, 14: Limbourg du sud, 15: Flevoland, 16: Brabant du sud-nord est 17: Veluwe, 18: Grand-Rijnmond, 19: Grand-Amsterdam, 20: Frise du sud-est, 21: Nivelles, 22: Charleroi, 23: Mons, 24: Liège, 25: Huy, 26: Neufchâteau, 27: Bastogne, 28: Namur, 29: Philippeville

Graphique 7 Nuage de points pour le taux de suicide et le pourcentage de participants ayant déjà reçu de l'aide formelle pour des troubles psychiques, par région (FL: gris Clair / PB: gris foncé)

### 5.2.2. L'intention de chercher de l'aide formelle et la relation avec le taux de suicide régional

Le pourcentage moyen de personnes ayant l'intention de chercher de l'aide formelle pour une problématique de santé mentale est de 61 % (D.S. = 2.9). Furnes détient le score le plus bas (54,9%) et la Frise du sud-est le plus élevé (66,4%). Il n'y a pas de relation significative entre l'intention de chercher de l'aide formelle et le taux de suicide par région après contrôle de l'âge (beta = -,339; p=0,075).

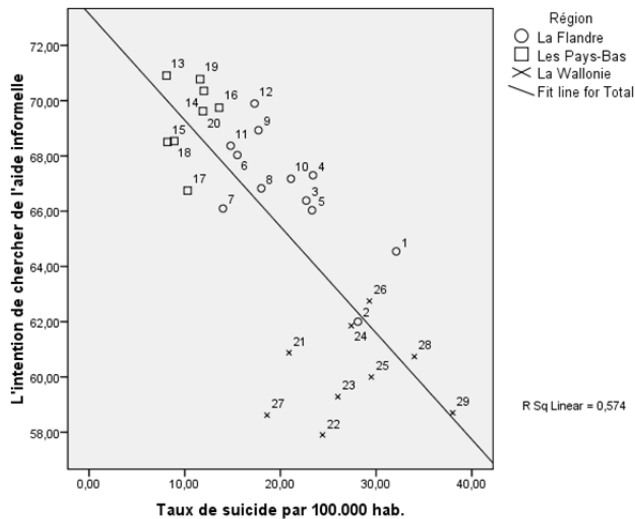


- 1: Roulers; 2: Furnes, 3: Alost, 4: Gand, 5: Lokeren, 6: Hasselt, 7: Lommel, 8: Asse, 9: Louvain, 10: Anvers, 11: Schilde, 12: Brasschaat, 13: Hollande du sud-est, 14: Limbourg du sud, 15: Flevoland, 16: Brabant du sud-nord est 17: Veluwe, 18: Grand-Rijnmond, 19: Grand-Amsterdam, 20: Frise du sud-est, 21: Nivelles, 22: Charleroi, 23: Mons, 24: Liège, 25: Huy, 26: Neufchâteau, 27: Bastogne, 28: Namur, 29: Philippeville

Graphique 8 Nuage de points pour le taux de suicide et les valeurs moyennes d'intention de chercher de l'aide formelle par région.

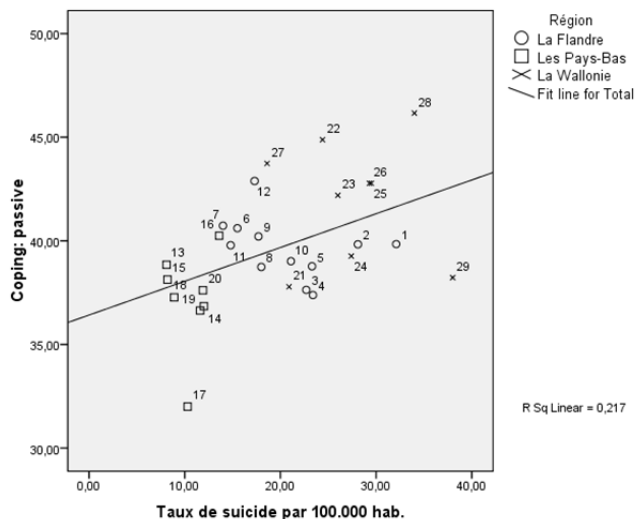
### 5.2.3. L'intention de chercher de l'aide informelle et les mécanismes d'adaptation passifs en relation avec le taux de suicide régional.

Le pourcentage moyen de sujets qui ont l'intention de rechercher du soutien informel en cas de problèmes psychiques est de 65.4 (D.S. = 4.2). Charleroi détient le score le plus bas (57.9%) et la Hollande du Sud-Est le plus élevé (70.9%). Il y a une relation négative significative entre l'intention de chercher de l'aide informelle et le taux de suicide par région, après contrôle de l'âge (beta = -,610; p=0,000).



- 1: Roulers; 2: Furnes, 3: Alost, 4: Gand, 5: Lokeren, 6: Hasselt, 7: Lommel, 8: Asse, 9: Louvain, 10: Anvers, 11: Schilde, 12: Brasschaat, 13: Hollande du sud-est, 14: Limbourg du sud, 15: Flevoland, 16: Brabant du sud-nord est 17: Veluwe, 18: Grand-Rijnmond, 19: Grand-Amsterdam, 20: Frise du sud-est, 21: Nivelles, 22: Charleroi, 23: Mons, 24: Liège, 25: Huy, 26: Neufchâteau, 27: Bastogne, 28: Namur, 29: Philippeville

Graphique 9 Nuage de points pour le taux de suicide et les valeurs moyennes d'intention de recherche de soutien informel auprès d'amis ou de la famille par région.



- 1: Roulers; 2: Furnes, 3: Alost, 4: Gand, 5: Lokeren, 6: Hasselt, 7: Lommel, 8: Asse, 9: Louvain, 10: Anvers, 11: Schilde, 12: Brasschaat, 13: Hollande du sud-est, 14: Limbourg du sud, 15: Flevoland, 16: Brabant du sud-nord est 17: Veluwe, 18: Grand-Rijnmond, 19: Grand-Amsterdam, 20: Frise du sud-est, 21: Nivelles, 22: Charleroi, 23: Mons, 24: Liège, 25: Huy, 26: Neufchâteau, 27: Bastogne, 28: Namur, 29: Philippeville

Graphique 10 Nuage de points pour le taux de suicide et les valeurs moyennes pour les mécanismes d'adaptation passifs par région

#### **5.2.4. Les mécanismes d'adaptation passifs en relation avec le taux de suicide régional.**

Le pourcentage moyen de personnes qui utilisent des mécanismes d'adaptation passifs est de 39.7 (D.S. = 2.9). Veluwe détient le score le plus bas (32%) et Namur le plus élevé (46.2%). Il n'y a pas de relation significative entre les mécanismes d'adaptation passifs et le taux de suicide par région, après contrôle de l'âge (beta = ,212; p=0,242).

### **5.3. Conclusion**

Les facteurs de protection sont des facteurs qui diminuent le risque de suicide. Un facteur de protection du suicide important est la recherche d'aide formelle et informelle pour des problèmes suicidaires ou psychiques.

**Hypothèse 2.1** Les participants wallons cherchent et reçoivent moins souvent d'aide formelle pour des troubles psychiques que les participants flamands et néerlandais.

L'hypothèse 2.1 n'est pas confirmée par les résultats.

Quatre hommes wallons sur dix, et six femmes wallonnes sur dix ont **déjà obtenu de l'aide formelle pour des troubles psychiques auparavant**. Ce pourcentage est significativement plus élevé que le pourcentage flamand et comparable aux données bataves. Les participants wallons ont plus souvent consulté un médecin généraliste ou un psychothérapeute et ont plus souvent recours à la médication que les participants flamands. En ce qui concerne les consultations chez le psychiatre, c'est le seul point pour lequel on n'observe aucune différence entre les participants wallons et flamands.

Environ huit participants sur dix ont l'intention de consulter un médecin généraliste en cas de troubles psychiques. C'est en Wallonie et aux Pays bas que la fréquence est la plus élevée.

L'intention de consulter un psychothérapeute est la plus élevée aux Pays-Bas et la plus faible en Flandre. Les différences entre les régions sont significatives. L'intention de consulter un psychiatre est significativement plus élevée aux Pays-Bas qu'en Wallonie et en Flandre. Malgré le fait que la consommation de médicaments soit la plus élevée en Wallonie, il n'y a pas de différence statistique entre les régions en ce qui concerne l'intention d'avoir recours à la médication dans le futur. L'intention de consulter une ligne de crise autour du suicide (ligne d'écoute téléphonique ou en ligne) est significativement plus élevée en Belgique qu'aux Pays-Bas.

Nous proposons l'hypothèse suivante concernant l'aide informelle:



**Hypothèse 2.2** Les participants wallons sont moins enclins à chercher de l'aide informelle pour des pensées suicidaires et des troubles psychiques que les participants flamands et néerlandais.

L'hypothèse 2.2 est confirmée.

La recherche d'aide informelle et le fait de parler des troubles psychiques et du suicide sont supposés avoir un effet protecteur vis-à-vis du suicide, alors qu'un comportement de fuite passif augmente le risque. Il ressort de nos résultats que les participants wallons ont moins l'intention de recourir à leur famille et à leurs amis que les participants flamands et néerlandais. De plus, les participants wallons sont plus enclins à gérer leurs troubles psychiques d'une manière passive que les participants flamands et néerlandais. Ces différences observées sont les moins exprimées chez les femmes.

A côté de ces différences entre la Flandre et les Pays-Bas, nous avons également formulé 2 hypothèses au niveau des régions:

**Hypothèse 2.3** On a moins souvent reçu de l'aide formelle auparavant et les intentions de recherche d'aide formelle pour les troubles psychiques sont plus rares dans les régions avec un taux de suicide élevé que dans celles présentant un taux de suicide plus bas.

L'hypothèse 2.3 n'est pas confirmée.

Nous constatons que, en ce qui concerne l'obtention d'aide pour des troubles psychiques dans le passé, les régions wallonnes présentent plus de ressemblances avec les régions néerlandaises qu'avec les régions flamandes. Cependant, nous ne trouvons pas de relation entre l'obtention d'aide dans le passé et le taux de suicide au niveau régional. Notre recherche trouve encore moins de relation claire entre le taux de suicide régional et l'intention de chercher de l'aide formelle.

**Hypothèse 2.4** Les intentions de recherche d'aide informelle pour les troubles psychiques sont plus rares dans les régions avec un taux de suicide élevé que dans celles avec un taux de suicide plus bas.

Nos résultats confirment l'hypothèse 2.4.

Nous constatons qu'il y a une relation négative significative entre l'intention de chercher de l'aide informelle et le taux de suicide au niveau régional.

Dans le chapitre suivant, nous aborderons les résultats concernant la relation entre les facteurs sociocognitifs et l'intention de chercher de l'aide pour des troubles psychiques.

## **Chapitre 6 : Attitudes, stigmatisation et connaissance de l'offre de soins par rapport à l'intention de chercher de l'aide**

Ce chapitre se penche sur les déterminants sociocognitifs de la recherche d'aide formelle pour des troubles psychiques. La question de recherche à laquelle nous répondrons dans ce chapitre est:

**Question de recherche 3** Y a-t-il une relation entre la connaissance de l'offre de soins, la stigmatisation et les attitudes de recherche d'aide?

Premièrement, nous décrivons les différences entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas en ce qui concerne les attitudes, la stigmatisation et la connaissance de l'offre de soin. Les résultats permettront de répondre aux hypothèses suivantes:

**Hypothèse 3.1** Les participants flamands ont une attitude moins positive vis-à-vis de la recherche d'aide formelle pour des troubles psychiques et émotionnels que les participants wallons et néerlandais.

**Hypothèse 3.2** Les participants flamands ressentent plus de stigmatisation et de gêne pour chercher de l'aide que les participants wallons et néerlandais.

**Hypothèse 3.3** Les participants flamands ont une moins bonne connaissance de l'offre de soins que les participants wallons et néerlandais.

Dans le deuxième paragraphe, nous décrivons la relation entre les variables sociocognitives et le taux de suicide régional, et testerons 3 hypothèses.

**Hypothèse 3.4** Dans les régions avec une attitude négative vis-à-vis de la recherche d'aide pour des troubles psychiques, l'intention de chercher de l'aide pour des troubles psychiques est plus faible que dans les régions avec des attitudes plus positives.

**Hypothèse 3.5** Dans les régions où l'on ressent plus de stigmatisation, l'intention de chercher de l'aide pour des troubles psychiques est plus faible que dans les régions où l'on perçoit moins de stigmatisation.

Les conclusions seront abordées dans le troisième paragraphe.

## 6.1. Comparaison entre la Flandre et les Pays-Bas

Dans ce paragraphe nous décrirons successivement les attitudes vis-à-vis de la recherche d'aide formelle, les attitudes vis-à-vis du médecin généraliste, l'auto-stigmatisation pour la recherche d'aide, la stigmatisation perçue et la connaissance de l'offre de soins.

### 6.1.1. Attitudes vis-à-vis de la recherche d'aide pour des troubles psychiques et préférence de traitement

#### 6.1.1.1. Attitudes vis-à-vis de la recherche d'aide formelle

Les wallons ont une attitude significativement plus positive vis-à-vis de la recherche d'aide pour des troubles psychiques que les flamands (après avoir gardé l'âge sous contrôle). Il n'y a cependant pas de relation significative entre les participants flamands et néerlandais.

*Tableau 16 Pourcentage de participants ayant une attitude positive vis-à-vis de la recherche d'aide formelle pour des troubles psychiques et émotionnels, odds ratio sous contrôle pour l'âge, intervalle de confiance de 95% et niveau de signification divisés par sexe et par région.*

		HOMMES				FEMMES			
		%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. imp.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. Imp.
Attitude vis-à-vis de la recherche d'aide	WAL	70.0	1.00			81.1	1.00		
	FL	63.5	0.74	(0.57-0.97)	<b>0.026</b>	75.5	0.72	(0.56-0.91)	<b>0.007</b>
	PB	74.9	1.25	(0.92-1.69)	0.162	84.6	1.29	(0.97-1.71)	0.079

°Adj. Odds ratio sont des odds ratio's pour lesquels l'âge est gardé sous contrôle

#### 6.1.1.2. Attitudes vis-à-vis de la médication

Les participants wallons ont l'attitude la moins positive vis-à-vis de la médication. Pour les hommes, les différences sont significatives uniquement avec les Pays Bas. Pour les femmes, la différence est significative avec la Flandre et les Pays-Bas.

*Tableau 17 Pourcentage de participants ayant une attitude positive vis-à-vis des médicaments, odds ratios sous contrôle pour l'âge, intervalle de confiance de 95% et niveau significatif divisés par sexe et par région.*

		HOMMES				FEMMES			
		%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. imp.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. Imp.
Attitudes vis-à-vis de la médication	WAL	38,6	1.00			37,6	1.00		
	FL	42.8	1.19	(0.93-1.54)	0.170	47.3	1.49	(1.22-1.82)	<b>0.000</b>
	PB	52.5	1.70	(1.28-2.25)	<b>0.000</b>	54.9	1.99	(1.60-2.47)	<b>0.000</b>

°Adj. Odds ratio sont des oddsratio's pour lesquels l'âge est gardé sur contrôle

### 6.1.2. Auto-stigmatisation pour la recherche d'aide pour des troubles psychiques et émotionnels

Le pourcentage de participants wallons qui éprouveraient de l'auto-stigmatisation et de la honte s'ils devaient chercher de l'aide pour des troubles psychiques est comparable au pourcentage des participants néerlandais. Les participants flamands ont plus vite honte et éprouvent plus de gêne que les participants wallons et néerlandais. Ces différences sont statistiquement significatives, lorsque l'on garde l'âge sous contrôle également.

*Tableau 18 Pourcentage de participants qui éprouvent de la gêne et de l'auto-stigmatisation à chercher de l'aide pour des troubles psychiques et émotionnels, les odds ratios étant gardés sous contrôle pour l'âge, l'intervalle de confiance et le niveau significatif divisés par sexe et par région*

		HOMMES				FEMMES			
		%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. imp.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. Imp.
Auto-stigmatisation	WAL	18.5	1.00			14.3	1.00		
	FL	26.6	1.62	(1.20-2.20)	<b>0.002</b>	23.2	1.85	(1.42-2.40)	<b>0.000</b>
	PB	20.0	1.17	(0.83-1.65)	0.381	13.2	0.94	(0.69-1.29)	0.716
Honte	WAL	60.8	1.00			50.8	1.00		
	FL	67.3	1.35	(1.05-1.74)	<b>0.018</b>	64.8	1.80	(1.48-2.20)	<b>0.000</b>
	PB	57.7	0.94	(0.71-1.24)	0.656	46.1	0.85	(0.69-1.05)	0.139

°Adj. Odds ratio sont des odds ratio's pour lesquels l'âge est gardé sous contrôle

### 6.1.3. Stigmatisation perçue vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychiques

Environ 70% de tous les participants ont un comportement stigmatisant vis-à-vis d'ex-patients psychiques de leur entourage. Cette recherche n'observe aucune différence entre les régions.

*Tableau 19 Pourcentage de participants qui expérimentent de la stigmatisation dans leur entourage, les odds ratio étant gardés sous contrôle pour l'âge, l'intervalle de confiance de 95% et le niveau significatif divisés par sexe et par région.*

		HOMMES				FEMMES			
		%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. imp.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. Imp.
Stigmatisation perçue	WAL	72.0	1.00			71.6	1.00		
	FL	68.3	0.85	(0.65-1.12)	0.249	73.0	1.09	(0.87-1.35)	0.458
	PB	68.8	0.89	(0.66-1.21)	0.461	69.3	0.92	(0.73-1.16)	0.488

°Adj. Odds ratio sont des oddsratio's pour lesquels l'âge est gardé sous contrôle

### 6.1.4. Connaissance de l'offre de soins en santé mentale

Aussi bien les psychothérapeutes que les psychiatres sont significativement mieux connus en Flandre et aux Pays-Bas qu'en Wallonie. L'homologue du Centre de Planning Familial est significativement moins bien connu en Flandre qu'en Wallonie et aux Pays-Bas. La connaissance de ce soin de première ligne est aussi élevée en Wallonie qu'aux Pays-Bas. En Wallonie, le service de santé mentale est connu d'un homme sur quatre, et d'une femme sur trois. Ceci est comparable avec la situation en Flandre mais significativement plus bas qu'aux Pays-Bas. Le Centre de Prévention du Suicide et Télé-Accueil sont significativement moins bien connus en Wallonie qu'en Flandre.

*Tableau 20 Pourcentage de participants disant avec une bonne connaissance de l'offre de soins, odds ratios étant gardés sous contrôle, l'intervalle de confiance de 95% et le niveau significatif divisés par sexe et par région*

		HOMMES				FEMMES			
		%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. imp.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. Imp.
Psychothérapeute	WAL	79,6	1.00			87.4	1.00		
	FL	86,2	0.62	(0.45-0.85)	<b>.003</b>	90.6	0.71	(0.52-0.97)	<b>.030</b>
	PB	85,0	0.67	(0.47-0.95)	<b>.025</b>	92.3	0.53	(0.37-0.71)	<b>.000</b>
Psychiatre	WAL	74,6	1.00			81.1	1.00		
	FL	87,1	0.43	(0.32-0.59)	<b>.000</b>	91.1	0.42	(0.31-0.56)	<b>.000</b>
	PB	85,1	0.50	(0.36-0.70)	<b>.000</b>	89.6	0.47	(0.34-.64)	<b>.000</b>
Centre de Planning Familial	WAL	53,4	1.00			71.3	1.00		
	FL	21,3	4.26	(3.28-5.53)	<b>.000</b>	32.4	5.21	(4.22-6.44)	<b>.000</b>
	PB	56,3	0.89	(0.68-1.17)	.415	74.0	0.86	(0.68-1.09)	.205
Service de Santé Mentale	WAL	26,0	1.00			35.1	1.00		
	FL	23,6	1.15	(0.87-1.52)	.331	35.8	0.98	(0.80-1.20)	.833
	PB	58,0	0.27	(0.20-0.35)	<b>.000</b>	77.0	0.163	(0.13-0.21)	<b>.000</b>
Centre de Prévention du Suicide	WAL	42,5	1.00			45.0	1.00		
	FL	71,2	0.29	(0.23-0.37)	<b>.000</b>	78.1	0.22	(0.18-0.27)	<b>.000</b>
	PB	/	/	/	/	/	/	/	/
Télé-Accueil	WAL	30,7	1.00			34.7	1.00		
	FL	50,7	0.43	(0.34-0.56)	<b>.000</b>	59.3	.036	(0.30-0.44)	<b>.000</b>
	PB	/	/	/	/	/	/	/	/

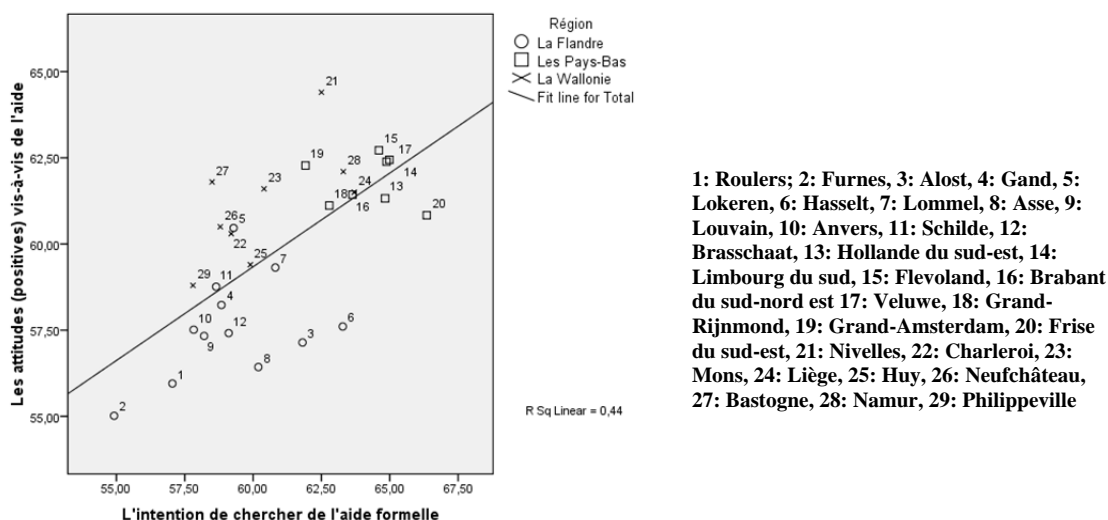
°Adj. Odds ratio sont des oddsratio's pour lesquels l'âge est gardé sous contrôle

## 6.2. Comparaison entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas

Ce paragraphe décrit les variables pour lesquelles on observe des différences significatives entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas, par rapport au taux de suicide régional.

### 6.2.1. Attitudes vis-à-vis de la recherche d'aide formelle en relation avec l'intention de chercher de l'aide formelle

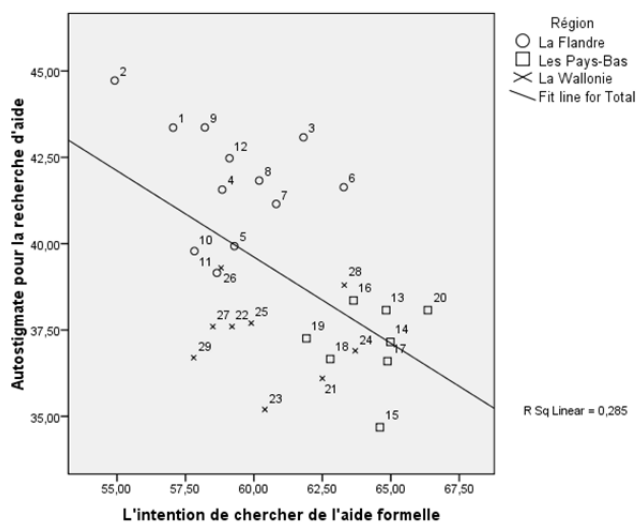
Le pourcentage moyen de personnes ayant une attitude positive vis-à-vis de la recherche d'aide formelle est de 59.9 (D.S. = 2.4). Furnes détient le score le plus bas (55.0) et Nivelles le plus élevé (64.4). Il y a une relation significative entre l'attitude positive vis-à-vis de la recherche d'aide formelle et l'intention de chercher de l'aide formelle, par région, après avoir gardé l'âge sous contrôle (beta = ,550; p=0,000).



Graphique 11 Nuage de points pour les valeurs moyennes pour l'intention de chercher de l'aide formelle et les attitudes positives vis-à-vis de la recherche d'aide formelle, par région

### 6.2.2. Auto-stigmatisation en relation avec l'intention de chercher de l'aide formelle

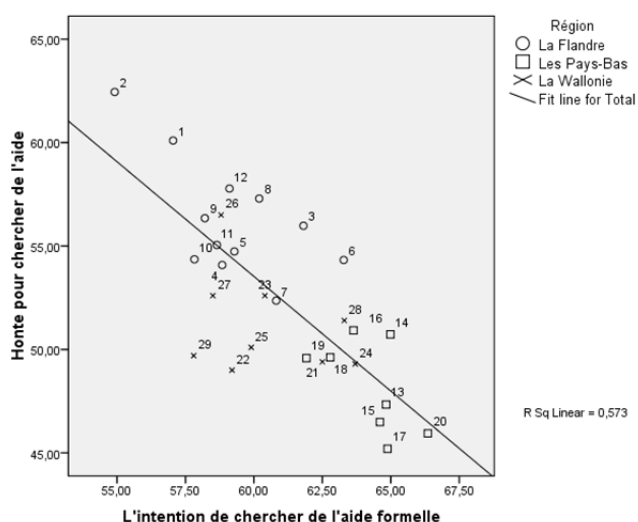
Le pourcentage moyen de personnes qui ressentiraient de l'auto-stigmatisation s'ils devaient chercher de l'aide pour des problèmes psychiques est de 39.1 (S.D. = 2.7). Flevoland détient le score le plus bas (34.7%) en Furnes les plus élevé (44.7%). Il y a une relation négative significative entre l'auto-stigmatisation et l'intention de chercher de l'aide formelle, par région, après avoir gardé l'âge sous contrôle (beta = -,421; p=0,006).



- e1: Roulers; 2: Furnes, 3: Alost, 4: Gand, 5: Lokeren, 6: Hasselt, 7: Lommel, 8: Asse, 9: Louvain, 10: Anvers, 11: Schilde, 12: Brasschaat, 13: Hollande du sud-est, 14: Limbourg du sud, 15: Flevoland, 16: Brabant du sud-nord est 17: Veluwe, 18: Grand-Rijnmond, 19: Grand-Amsterdam, 20: Frise du sud-est, 21: Nivelles, 22: Charleroi, 23: Mons, 24: Liège, 25: Huy, 26: Neufchâteau, 27: Bastogne, 28: Namur, 29: Philippeville

Graphique 12 Nuage de points pour les valeurs moyennes pour l'intention de chercher de l'aide formelle et l'auto-stigmatisation pour chercher de l'aide formelle, par région

Le pourcentage moyen de personnes qui ressentiraient de la honte s'ils devaient chercher de l'aide pour des problèmes psychiques s'élève à 52.5 (S.D. = 4.2). Veluwe détient le score le plus bas (45.2%) et Furnes le plus élevé (62.4%). Il y a une relation négative significative entre le sentiment de honte et l'intention de chercher de l'aide formelle, par région, après avoir gardé l'âge sous contrôle (beta = -,624; p=0,000).



- 1: Roulers; 2: Furnes, 3: Alost, 4: Gand, 5: Lokeren, 6: Hasselt, 7: Lommel, 8: Asse, 9: Louvain, 10: Anvers, 11: Schilde, 12: Brasschaat, 13: Hollande du sud-est, 14: Limbourg du sud, 15: Flevoland, 16: Brabant du sud-nord est 17: Veluwe, 18: Grand-Rijnmond, 19: Grand-Amsterdam, 20: Frise du sud-est, 21: Nivelles, 22: Charleroi, 23: Mons, 24: Liège, 25: Huy, 26: Neufchâteau, 27: Bastogne, 28: Namur, 29: Philippeville

Graphique 13 Nuage de points pour les valeurs moyennes pour l'intention de chercher de l'aide formelle et la honte que cela implique, par région



### 6.3. Conclusion

Dans le chapitre précédent, il a été démontré que la recherche d'aide pour des troubles psychiques diffère de région en région. Cela peut-être expliqué en partie par l'accessibilité et la disponibilité des soins. A côté de cela, il y a également des déterminants sociocognitifs de la recherche d'aide pour des troubles psychiques. C'est pour cette raison que nous recherchons s'il y a des régions où l'intention de chercher de l'aide est moins forte, où les attitudes vis-à-vis de la recherche d'aide sont moins positives, où l'on rencontre plus de stigmatisation et où la connaissance de l'offre de soins est moins bonne.

La première hypothèse que nous avons avancée est:

**Hypothèse 3.1** Les participants flamands ont une attitude moins positive vis-à-vis de la recherche d'aide formelle pour des troubles psychiques et émotionnels que les participants wallons et néerlandais.

Les résultats de cette recherche confirment l'hypothèse 3.1.

Il ressort de cette recherche que les participants flamands ont significativement moins souvent une **attitude positive vis-à-vis de la recherche d'aide formelle** que les participants wallons. A côté de cela, la recherche démontre que les participants wallons ont moins souvent une **attitude positive vis-à-vis de la médication pour des troubles psychiques que dans les deux autres régions**. Le pourcentage le plus élevé de participants avec une attitude positive vis-à-vis de la recherche d'aide et de la médication se trouve chez les participants néerlandais.

La deuxième hypothèse que nous testons se rapporte à la stigmatisation.

**Hypothèse 3.2** Les participants flamands ressentent plus de stigmatisation et de gêne que les participants wallons et néerlandais.

L'hypothèse 3.2 n'est pas confirmée en ce qui concerne la stigmatisation perçue, mais bien en ce qui concerne l'auto-stigmatisation et la honte éprouvée lors de la recherche d'aide formelle pour des troubles psychiques.

70% des participants ont déjà rencontré une attitude stigmatisante de leur entourage vis-à-vis des personnes ayant souffert de troubles psychiques. Cette recherche n'observe cependant pas de différence entre la Flandre et les Pays-Bas dans le domaine de la **'stigmatisation perçue'**

Aussi bien **l'auto-stigmatisation** que la **honte de chercher de l'aide formelle** pour des troubles psychiques et émotionnels forment un seuil important pour chercher effectivement de l'aide. Les flamands éprouvent significativement plus souvent de l'auto-stigmatisation que les wallons et les néerlandais.

Nous ne trouvons pas de différence significative entre les participants wallons et néerlandais. Nous observons la même tendance pour la honte de chercher de l'aide. Six hommes wallons sur dix et la moitié des femmes wallonnes disent se sentir honteux s'ils devaient recevoir de l'aide formelle. C'est statistiquement comparable au pourcentage néerlandais, mais significativement moins qu'en Flandre.

Un troisième déterminant sociocognitif de recherche d'aide formelle est la **connaissance de l'offre de soins**. La troisième hypothèse que nous avons avancée est:

**Hypothèse 3.3** Les participants flamands ont une moins bonne connaissance de l'offre de soins que les participants wallons et néerlandais.

L'hypothèse 3.3 n'est confirmée que pour les premières lignes de soins comme les centres de planning familial. Les psychothérapeutes et les psychiatres sont les moins bien connus en Wallonie. Cette différence est significative par rapport à la Flandre et aux Pays-Bas. Les services de santé mentale sont aussi bien connus en Flandre qu'en Wallonie, mais c'est significativement moins qu'aux Pays-Bas. On a significativement plus confiance dans les lignes de crises comme le Centre de Prévention de Suicide et Télé-Accueil en Flandre.

Les hypothèses au niveau régional sont:

**Hypothèse 3.4** Dans les régions avec une attitude négative vis-à-vis de la recherche d'aide pour des troubles psychiques, l'intention de chercher de l'aide pour des troubles psychiques est plus basse que dans les régions avec des attitudes plus positives.

Cette hypothèse est confirmée par notre recherche. On a trouvé une relation positive entre les attitudes positives vis-à-vis de la recherche d'aide et l'intention de chercher de l'aide au niveau régional. Nous n'avons cependant pas trouvé de relation entre l'intention de chercher de l'aide et les attitudes vis-à-vis de la médication pour des troubles psychiques.

**Hypothèse 3.5** Dans les régions où l'on ressent plus de stigmatisation, l'intention de chercher de l'aide pour des troubles psychiques est plus basse que dans les régions où l'on perçoit moins de stigmatisation.

Cette recherche trouve une confirmation solide pour les associations négatives entre, d'une part l'auto-stigmatisation et la honte, et d'autre part l'intention de chercher de l'aide.

En résumé, nous pouvons répondre pour une grande partie positivement à la troisième question de recherche. Des attitudes positives et moins d'auto-stigmatisation et de honte pour la recherche d'aide renforcent l'intention de chercher de l'aide.

## Chapitre 7 : Taux de suicide par rapport aux attitudes vis-à-vis du suicide

Dans ce chapitre, nous exposerons les résultats en rapport avec la question de recherche et les hypothèses suivantes.

**Question de recherche 4** Y-a-t-il une relation entre le taux de suicide et les attitudes vis-à-vis du suicide dans la population.

**Hypothèse 4.1** Les participants wallons ont une attitude plus tolérante par rapport au suicide que les participants flamands et néerlandais.

**Hypothèse 4.2** Il y a une relation positive entre une attitude tolérante vis-à-vis du suicide et le taux de suicide au niveau régional.

### 7.1. Comparaison entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas

Il ressort de cette recherche qu'il y a significativement plus de participants wallons ayant attitude désapprobatoire vis-à-vis du suicide que de participants flamands (seulement les femmes) ou néerlandais. Les participants Wallons sont également moins souvent compréhensifs vis-à-vis du suicide que les participants flamands et néerlandais. Ces différences sont significatives.

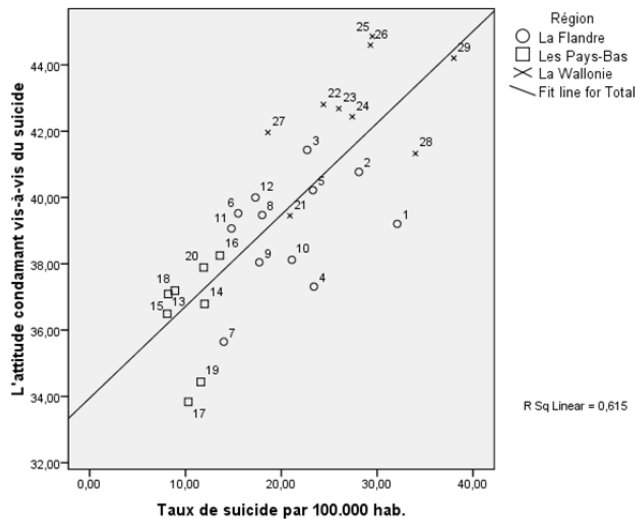
*Tableau 21 Pourcentage de participants qui ont plutôt une attitude désapprobatoire et justificative vis-à-vis du suicide, les odds ratios étant gardé sous contrôle pour l'âge, l'intervalle de confiance de 95% et le niveau de signification répartis par sexe et par région*

		HOMMES				FEMMES			
		%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. imp.	%	Adj. Odds Ratio	95% I.F.	Niv. Imp.
Désapprobation	WAL	33.7	1.00			24.3	1.00		
	FL	29.0	0.81	(0.63-1.06)	0.127	20.3	0.79	(0.62-1.00)	<b>0.046</b>
	PB	20.9	0.53	(0.39-0.72)	<b>0.000</b>	16.6	0.61	(0.47-0.80)	<b>0.000</b>
Compréhension	WAL	27.2	1.00			25.8	1.00		
	FL	46.1	2.28	(1.75-2.96)	<b>0.000</b>	39.5	1.89	(1.53-2.34)	<b>0.000</b>
	PB	54.7	3.22	(2.41-4.30)	<b>0.000</b>	42.9	2.18	(1.71-2.73)	<b>0.000</b>

<sup>o</sup>Les Adj. Odds sont odds ratios pour lesquels l'âge est gardé sous contrôle.

## 7.2. Comparaison entre régions en Flandre et aux Pays-Bas

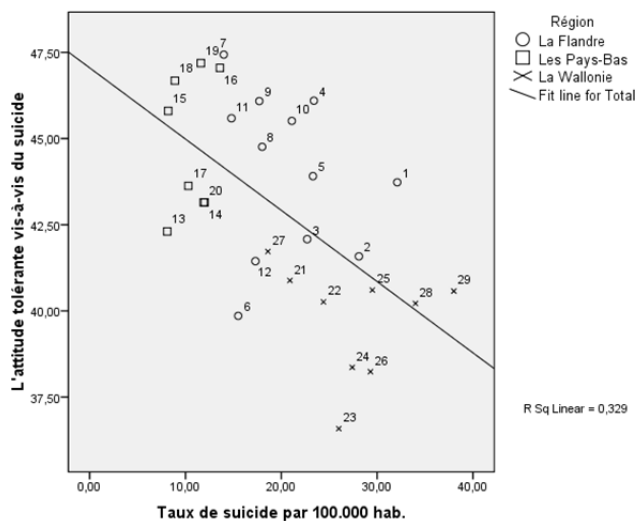
Le pourcentage moyen de personnes désapprouvant le suicide est de 39.5 (D.S. = 2.9). Veluwe détient le score le plus bas (33.8%) et Huy le plus élevé (44.9%). Il y a une relation significative entre la désapprobation et le taux de suicide régional après contrôle de l'âge (beta = ,644; p=0,000).



1: Roulers; 2: Furnes, 3: Alost, 4: Gand, 5: Lokeren, 6: Hasselt, 7: Lommel, 8: Asse, 9: Louvain, 10: Anvers, 11: Schilde, 12: Brasschaat, 13: Hollande du sud-est, 14: Limbourg du sud, 15: Flevoland, 16: Brabant du sud-nord est 17: Veluwe, 18: Grand-Rijnmond, 19: Grand-Amsterdam, 20: Frise du sud-est, 21: Nivelles, 22: Charleroi, 23: Mons, 24: Liège, 25: Huy, 26: Neufchâteau, 27: Bastogne, 28: Namur, 29: Philippeville

Graphique 14 Nuage de points pour le taux de suicide et valeur moyenne des attitudes désapprouvatrices vis-à-vis du suicide, par région.

Le pourcentage moyen de personnes ayant une attitude tolérante vis-à-vis du suicide est de 42.9 (D.S. = 3.0). Mons détient le score le plus bas (36.6%) en Lommel le plus élevé (47.4%). Il y a une relation négative significative entre la compréhension et le taux de suicide régional, après contrôle de l'âge (beta = -,446; p=0,003).



1: Roulers; 2: Furnes, 3: Alost, 4: Gand, 5: Lokeren, 6: Hasselt, 7: Lommel, 8: Asse, 9: Louvain, 10: Anvers, 11: Schilde, 12: Brasschaat, 13: Hollande du sud-est, 14: Limbourg du sud, 15: Flevoland, 16: Brabant du sud-nord est 17: Veluwe, 18: Grand-Rijnmond, 19: Grand-Amsterdam, 20: Frise du sud-est, 21: Nivelles, 22: Charleroi, 23: Mons, 24: Liège, 25: Huy, 26: Neufchâteau, 27: Bastogne, 28: Namur, 29: Philippeville

Graphique 15 Nuage de points pour le taux de suicide et valeur moyenne des attitudes tolérantes vis-à-vis du suicide, par région.

### 7.3. Conclusion

La première hypothèse concerne les différences entre la Wallonie, la Flandre et les Pays-Bas:

**Hypothèse 4.1** Les participants wallons ont une attitude plus tolérante vis-à-vis du suicide que les participants flamands et néerlandais.

Cette recherche mène à des résultats qui ne corroborent pas l'hypothèse 4.1.

En Wallonie, un homme sur trois et une femme sur quatre ont une attitude désapprobatrice vis-à-vis du suicide. Pour les hommes, ce taux est significativement supérieur à celui des Pays-Bas. Pour les femmes, le taux est significativement supérieur qu'en Flandre et aux Pays-Bas. Les Wallons sont significativement moins positifs à l'égard du suicide que les Flamands et les Néerlandais.

La deuxième hypothèse que nous testons dans ce chapitre est la suivante :

**Hypothèse 4.2** Il y a une relation positive entre une attitude tolérante vis-à-vis du suicide et le taux de suicide au niveau régional.

Les résultats ne confirment pas cette hypothèse.

Les régions avec un taux de suicide plus élevé sont caractérisées par des attitudes en moyenne moins compréhensives vis-à-vis du suicide en comparaison avec les régions au taux de suicide plus bas.

Pour résumer, nous pouvons répondre en partie positivement à la quatrième question de recherche, sur base de nos constatations. Dans les régions avec un taux de suicide plus élevé, il y a apparemment plus d'attitudes négatives vis-à-vis du suicide que dans les régions au taux de suicide plus bas. Ces différences sont toutefois contraires à nos hypothèses.

## **Chapitre 8 : Conclusions et recommandations**

Nous présenterons dans ce chapitre une synthèse des résultats et des conclusions (1), des recommandations pour le développement de politiques de prévention du suicide et d'accompagnement des groupes à risques et de leur entourage (2). Enfin, nous terminerons avec quelques propositions concrètes d'actions prioritaires (3).

### **8.1. Synthèse des résultats et conclusions**

Le premier volet de la recherche investigate la relation entre le taux de suicide et d'une part, les antécédents suicidaires, et d'autre part les troubles de santé mentale. Nous relevons que les antécédents suicidaires sont plus fréquents en Wallonie qu'en Flandre et aux Pays-Bas. Le pourcentage de sujets qui dit être proche d'une personne avec des problèmes suicidaires est également plus élevé en Wallonie qu'en Flandre et aux Pays-Bas. Nous constatons également que le bien-être mental et le dynamisme sont significativement moins élevés dans la population wallonne qu'en Flandre et aux Pays-Bas. Notons que malgré les différences de taux de suicide entre la Flandre et les Pays-Bas, ces deux régions présentent des facteurs de risques d'intensité similaire (prévalence des idées suicidaires, tentatives de suicide, prévalence des troubles mentaux, etc.). Des recherches antérieures ont montré que les flamands sont moins enclins à chercher de l'aide pour des troubles psychiques que les néerlandais, et qu'il y a une relation significative entre la recherche d'aide et le taux de suicide (Reynders A., Molenberghs G., en Van Audenhove, C., 2011). Dans cette étude, nous voulons voir si la recherche d'aide peut également offrir une explication au taux de suicide élevé en Wallonie.

Notre deuxième question de recherche concerne la relation entre le taux de suicide et la recherche d'aide informelle. Cette recherche démontre que les wallons sont moins enclins à chercher de l'aide informelle pour des troubles psychiques que les flamands et les néerlandais, et qu'il y a un lien avec le taux de suicide régional.

Nous constatons en outre que les wallons et les néerlandais bénéficient plus souvent d'une aide formelle pour des troubles mentaux que les flamands. L'intention de chercher de l'aide auprès d'un médecin généraliste ou d'un psychothérapeute dans le futur est plus importante en Wallonie qu'en Flandre. L'intention de consulter un psychothérapeute ou un psychiatre et d'avoir recours à la médication est la plus élevée aux Pays-Bas.

La différence entre les Pays-Bas et la Flandre concernant la fréquentation des structures de soins en santé mentale de centres de santé mentale peut être expliquée en partie par un meilleur accès et une meilleure disponibilité des soins de santé mentale aux Pays-Bas.

Le remboursement de la psychothérapie et la présence de lignes de crise avec des psychologues associés aux médecins généralistes peuvent expliquer cette différence en partie (Dezetter et al., 2011). Mais ceci ne permet cependant pas d'expliquer le fait que les Wallons cherchent plus souvent de l'aide que les flamands. Le déterminant le plus important de la recherche d'aide pour des troubles mentaux est le fait d'avoir des troubles mentaux. La recherche actuelle démontre que le bien-être mental en Wallonie est plus faible qu'en Flandre. Il est également possible d'expliquer la prévalence plus importante de troubles mentaux en Wallonie en comparaison avec la Flandre et les Pays-Bas à l'aide du contexte socio-économique moins favorable dans lequel se trouve la Wallonie.

Les différences de recherche d'aide entre les régions peuvent également être expliquées par des facteurs sociocognitifs. La connaissance de l'offre de soins dans la population diffère selon le type d'aide recherchée. Les psychiatres et les psychothérapeutes sont significativement moins bien connus en Wallonie qu'en Flandre et aux Pays-Bas. La première ligne de soins en santé mentale (centre de planning familial par exemple) est plus connue en Wallonie et aux Pays-Bas. Les services de santé mentale sont significativement plus connus aux Pays-Bas qu'en Wallonie et en Flandre. Les flamands sont plus familiers avec les lignes de crises que les wallons.

La stigmatisation ressentie est un facteur supplémentaire qui peut jouer un rôle dans l'accès aux soins. Nous constatons que les wallons, les flamands et les néerlandais perçoivent des attitudes stigmatisantes dans leur entourage à fréquence égale. Les wallons et les néerlandais ont tout de même une attitude clairement plus positive vis-à-vis de la recherche d'aide et ils ressentent moins de stigmatisation et de honte à chercher de l'aide formelle que les flamands. Cette recherche démontre que les attitudes, l'auto-stigmatisation et le sentiment de honte sont associés à l'intention de chercher de l'aide formelle.

La dernière constatation concerne la relation entre l'attitude vis-à-vis du suicide dans la population et le taux de suicide. A l'opposé de notre hypothèse, nous trouvons que les régions avec un taux de suicide plus élevé font preuve d'une attitude moins tolérante vis-à-vis du suicide que les régions avec un taux de suicide plus bas. Cela pourrait être expliqué par le fait que les gens osent moins vite chercher de l'aide pour leurs pensées suicidaires dans les régions où le suicide a tendance à être décrit comme lâche, irresponsable et faible.

## 8.2. Recommandations

Les résultats de cette recherche offrent une série de points d'appuis aux pouvoirs publics pour prendre des mesures qui permettent de **développer et de soutenir une politique efficace de prévention du suicide**.

- Une première piste concerne l'actualisation des taux de suicide en Wallonie, données qui devraient être comparables de manière longitudinale avec la région de Bruxelles-Capitale et la Flandre. C'est uniquement de cette façon que l'on peut obtenir une image exacte de l'ampleur et de l'évolution de la problématique du suicide. De plus, des taux comparables sont nécessaires pour mesurer l'efficacité des stratégies de prévention.
- Une deuxième piste découle de la constatation que la santé mentale est significativement plus faible en Wallonie qu'en Flandre et aux Pays-Bas. Les troubles mentaux sont les principaux facteurs de risques de suicide. Les mesures qui peuvent être prises pour promouvoir la santé mentale sont: améliorer l'accessibilité des soins et des services (améliorer la connaissance du réseau existant par le public et les travailleurs, limiter le délai d'attente, réduire le coût personnel...), améliorer la continuité des soins (utilisation de la fonction de concertation, établissement d'un plan d'accompagnement...) et améliorer la prise en charge des publics à risque ; favoriser le développement et le maintien de compétences spécifiques chez les médecins et les autres figures clés. L'utilisation plus systématique de "soins à échelons" ou "stepped care" (l'aide doit être aussi minimale que possible et maximale si nécessaire) ou de "evidence based practices" (pratiques fondées sur des données scientifiques), peut aider les personnes en ayant le plus besoin à bénéficier d'une aide adaptée et être traitées avec des méthodes efficaces pour leurs troubles psychiques. Pour finir, il faut veiller à une certaine cohérence entre l'axe préventif et l'axe curatif.
- Troisièmement, à côté de l'importance d'une assistance formelle adéquate et accessible, nos résultats démontrent également qu'il existe une relation négative entre l'intention de chercher du soutien informel et le taux de suicide. Pour cette raison, une troisième recommandation est de valoriser le rôle de l'entourage dans le suivi et d'encourager les usagers des soins en santé mentale à rechercher le soutien de leur réseau familial et social. Un plus grand professionnalisme dans la relation de partenariat avec les aidants proches et le réseau social est nécessaire. Ceci pourrait être intégré dans les formations de base des professionnels.
- Quatrièmement, la stigmatisation perçue, l'auto-stigmatisation et la honte de chercher de l'aide pour des troubles mentaux sont des obstacles importants pour l'accès à des soins adaptés. C'est également fortement lié à la manière dont on se représente les structures de santé mentale et de la psychiatrie. Des nouvelles formes de soutien proches du coaching ou de la réadaptation ou accessibles via Internet peuvent constituer des innovations importantes.



Nous constatons à travers la littérature internationale que des changements importants s'opèrent, allant vers une offre de soins en santé mentale basée sur le bien-être. La démarche des usagers est alors d'optimiser leur bien être et non plus de subvenir à un mal être dont ils n'ont pas toujours conscience. La recherche d'aide informelle n'est pas toujours facile, en particulier en raison du sentiment de honte et à la peur de la stigmatisation que cela peut susciter. Pourtant, une personne sur quatre souffre de troubles mentaux importants à un certain moment de la vie. Des campagnes de sensibilisation concernant la dépression pourraient certainement faciliter la lutte contre la stigmatisation et la discrimination des personnes souffrant de troubles psychiatriques et en conséquence mener à une amélioration de l'aide formelle et informelle.

- Cette recherche met en exergue que les attitudes intolérantes par rapport au suicide sont associées à un taux de suicide plus élevé. Une cinquième piste peut donc être d'encourager des attitudes moins stigmatisantes vis-à-vis du suicide (ex : je comprends qu'une personne puisse avoir des idées suicidaires), afin de faciliter la confiance d'idées suicidaires à ses proches. Toutefois, cette recommandation ne fait pas consensus auprès des partenaires de terrain qui vivent ces problématiques au quotidien.

Les recommandations peuvent être traduites en stratégies de prévention concrètes qui seront présentées ci-dessous (3). Il y a également des recommandations concernant la poursuite de la recherche fondamentale sur base des résultats et des conclusions.

Pour être certain que les actions qui seront développées et soutenues par le gouvernement atteignent le résultat escompté, l'accompagnement et le partenariat avec des équipes de recherche reste important. Nous distinguerons la recherche appliquée et la recherche fondamentale.

Il est important de soutenir la politique de prévention du suicide avec un programme **de recherche appliquée**. Pour que l'approche soit efficace il est important que le choix de stratégies soit guidé par la connaissance scientifique. Ce sont des stratégies qui ont fait scientifiquement preuve de leur efficacité. Dans le contexte de la "European Alliance Against Depression" EAAD des revues de la littérature ont été réalisées et sont directement utilisables pour la définition et la sélection d'actions prioritaires en Belgique (Van der Feltz et al, 2011). On y trouve des outils et des instruments stratégiques et évaluatifs.

A coté des actions, il est important d'organiser dès à présent leur évaluation afin de juger de leur efficacité. C'est pour cette raison qu'il est nécessaire de sélectionner des instruments scientifiques robustes et valides.

Le travail qui a été réalisé dans cette première phase est une base pour la définition de politiques de prévention. Afin d'approfondir l'analyse, nous pouvons opérer quelques propositions concernant la poursuite de la **recherche fondamentale**. Une première proposition est de combiner d'autres données de recherche comme celles de l'enquête de santé de 2008 et les données socio-économiques de 'Statistics Belgium' avec les résultats de cette recherche, pour pouvoir expliquer les différences de taux de suicide régionaux. Une étude de suivi au moyen d'une base de données émanant de différentes sources est uniquement possible si les bases de données sont compatibles, et sous réserve que les données au niveau régional soient disponibles. Cela doit être étudié en premier par une étude de faisabilité.

Deuxièmement, des analyses complémentaires sont possibles sur base des données de cette recherche. Une possibilité est un rapport constitué de tableaux clairement présentés avec les données de la recherche divisées sur base de caractéristiques sociodémographiques comme l'âge, le sexe, la formation, l'état civil, etc. pour la Wallonie. A côté de cela, on peut établir des relations entre d'un côté, ces caractéristiques sociodémographiques et d'un autre, la stigmatisation, les attitudes, le comportement de recherche d'aide, le bien-être mental. Des groupes à risque peuvent être identifiés au moyen de ces résultats. Ces groupes peuvent alors être mis en avant comme groupe cible important pour la politique de prévention du suicide.

### **8.3. Propositions**

Les recommandations peuvent être transmises ou traduites dans des actions de prévention sur le terrain. Nous distinguerons les recommandations destinées au pouvoir décideur, de celles destinées aux institutions ou aux professionnels des soins en santé mentale.

#### **8.3.1. Recommandations aux pouvoirs publics**

- a. Estimer annuellement les taux de suicide en Wallonie, aux niveaux régional, provincial et communal.**
- b. Evaluer les bénéfices des stratégies de prévention, de soutien, et des méthodologies de postventions pour dégager les pratiques les plus efficaces**
- c. Améliorer l'identification des groupes à risques:**

Poursuivre l'analyse des facteurs de risques du suicide en intégrant de nouvelles données sanitaires, socio-économiques et démographiques à la recherche en cours

**d. Améliorer l'accessibilité des soins et des services en santé mentale:**

Intégrer les interventions psycho-sociales aux soins de première ligne

Simplifier l'organisation institutionnelle des soins en santé mentale

**e. Améliorer et diversifier la prise en charge des groupes à risques:**

Poursuivre l'analyse des facteurs de protection du suicide (les déterminants de l'intention de rechercher de l'aide informelle...)

Optimiser la détection des personnes fragilisées ou à risques par les services de première ligne: sensibiliser les services de première lignes aux facteurs de risque du suicide

Améliorer les stratégies de postvention

**f. Augmenter les possibilités de prise en charge spécialisées**

Développer différentes formes de soutien (coaching, **mouvement de réhabilitation**, soutien internet). Certains partenaires de terrain recommandent la mise en place de services résidentiels temporaires où les personnes suicidaires peuvent bénéficier de soins aigus. Cela reste une question ouverte dans le cadre de la prolongation de la recherche.

Mettre en place des équipes mobilisables en cas de décès par suicide pour conseiller utilement les structures touchées par les procédures à mettre en œuvre pour limiter les risques de répliques suicidaires. Les milieux à risques sont le milieu scolaire, professionnel et pénitentiaire.

**g. Développer les stratégies de prévention:**

Campagnes de prévention à l'égard du grand public destinées à sensibiliser la population vis-à-vis des bénéfiques que peuvent avoir des attitudes tolérantes à l'égard de personnes souffrant d'une problématique psychiatrique ou même de leur entourage. ("montrer la bonne manière d'agir").

Campagnes de sensibilisation du grand public aux signaux d'alarme, et à la démystification des interventions en santé mentale.

Développer les réseaux de soutien informel en sensibilisant des volontaires aux signaux d'alerte et aux stratégies d'intervention ou de prévention (cf. Québec).

### **8.3.2. Recommandations à destination des institutions**

#### **a. Améliorer l'accessibilité des soins et des services en santé mentale:**

Augmenter la visibilité de l'offre auprès du public et des travailleurs.

Initier des rencontres (formations, colloques, ateliers de réflexion etc.) destinées à créer du lien interprofessionnel sur le plan local.

Limiter le délai d'attente pour les consultations.

Réduire le coût personnel.

#### **b. Améliorer la continuité des soins**

Faciliter l'utilisation de la fonction de concertation pluridisciplinaire pour les groupes à risque

#### **c. Améliorer et diversifier la prise en charge des groupes à risques:**

Faciliter la participation des professionnels de la santé mentale à des événements nationaux ou internationaux (Symposiums, colloques, congrès ...).

Stimuler la formation continuée et la lecture d'articles scientifiques ou de recueils de bonnes pratiques.

Déstigmatiser le fait d'être usager en santé mentale: développement d'une offre centrée sur le bien être plutôt que sur la problématique de santé mentale (approche centrée sur l'objectif à atteindre et non le problème originel).

Identifier et former des personnes de référence au sein de toutes les structures de soins en santé mentale ou de soins psychiatriques.

#### **d. Développer les stratégies de prévention:**

Organisation régulière de débats, ou conférences sur le thème du suicide.

Campagnes de prévention ciblées à destination des groupes à risques les informant des services disponibles à proximité de leur lieu de vie.

### **8.3.3. Recommandations à destination des professionnels**

#### **e. Améliorer la continuité des soins**

Systématiser l'utilisation d'un plan de soins individualisé ou d'outils destinés à faciliter la continuité des soins pour les groupes à risques.

**f. Améliorer et diversifier la prise en charge des groupes à risques:**

Améliorer les compétences de détection et de diagnostic de dépression et de risque suicidaire.

Valoriser le rôle de l'entourage dans le suivi et encourager les usagers des soins de santé mentale à utiliser le réseau familial et social pour un soutien informel.

Développer les compétences des professionnels pour le travail en partenariat avec les aidants informels et les usagers.

## Bibliographie

- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., & Bruffaerts, R. (2004a). Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 55-64.
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., & Bruffaerts, R. (2004b). Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 47-54.
- Alonso, J., Codony, V., Kovess, V., Angermeyer, M.C., Katz, S.J., Haro, J.M., et al. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 299-306.
- Angermeyer, M.C., & Dietrich, A.J. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 163-179.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (1999). Lay beliefs about mental disorders: a comparison between the western and the eastern parts of Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *34*, 275-281.
- Angermeyer, M.C., & Matschinger, H. (2004). Public attitudes toward psychotropic drugs: have there been any changes in recent years? *Pharmacopsychiatry*, *37*, 152-156.
- Arnautovska, U., & Grad, O.T. (2010). Attitudes toward suicide in the adolescent population. *Crisis*, *31* (1), 22-29.
- Bagley, C., & King, M. (2005). Exploration of three stigma scales in 83 users of mental health services: implications for campaigns to reduce stigma. *Journal of Mental Health*, *14* (4), 343-355.
- Baller, R.D., Shin, D.J., & Richardson, K.K. (2005). An extension and test of Sutherland's concept of differential social organisation: the geographic clustering of Japanese suicide and homicide rates. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *35* (3), 343-355.
- Barney, L.J. (2009). *Preventing suicide: understanding stigma of depression and its impact on help-seeking*. The Australian National University, retrieved from the Community Action for the Prevention of Suicide website: [http://www.caps.org.au/assets/site/WSPD06\\_presentation\\_L\\_Barney.pdf](http://www.caps.org.au/assets/site/WSPD06_presentation_L_Barney.pdf)
- Bathje, G.J., & Pryor, J.B. (2011). The relationship of public and self-stigma to seeking mental health services. *Journal of Mental Health Counseling*, *33* (2), 161-176.

- Batton, C., & Ogle, R.S. (2007). "Who's it gonna be – you or me?" The potential of social learning for integrated homicide - suicide theory. In R.L. Akers & G.F. Jensen (Eds.), *Social learning theory and the explanation of crime. A guide for the new century* (pp. 85-106). New Brunswick: Transaction Publishers.
- Ben-Portath, D.D. (2002). Stigmatization of individuals who receive psychotherapy: an interaction between help-seeking behaviour and the presence of depression. *Journal of Social and Clinical psychology, 21* (4), 400-413.
- Bernal, M., Haro, J.M., Bernert, S., Brugha, S., de Graaf, R., Bruffaerts, R., et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMeD study. *Journal of affective disorders, 101*, 27-34.
- Bille-Brahe, U. (2000). Sociology and suicidal behavior. In K. Hawton & K.v. Heeringen (Eds.), *The international handbook of suicide and attempted suicide* (pp. 193-207). Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
- Bossuyt, N., & Van Casteren, V. (2007). Epidemiology of suicide and suicide attempts in Belgium: results from the sentinel network of general practitioners. *International Journal of Public Health, 52*, 153-157.
- Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., & Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine, 33*, 395-405.
- Centraal Bureau voor Statistiek (n.d.). Retrieved from STATLINE website: <http://statline.cbs.nl>
- Christiana, J.M., Gliman, S.E., Guardino, M., Mickelson, K., Morselli, P.L., Olfson, M., et al. (2000). Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychological Medicine, 30* (3), 693-703.
- Colucci, E., & Martin, G. (2007). Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review. Part2: risk factors, precipitating agents, and attitudes towards suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37* (2), 222-237.
- Cooper, L.A., Gonzales, J.J., Gallo, J.J., Rost, K.M., Meredith, L.S., Rubenstein, L.V., et al. (2003). The acceptability of treatment for depression among African-American, Hispanic, and white primary care patients. *Medical Care, 41* (4), 479-489.
- Corrigan, P.W (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist, 59* (7), 614-625.
- Corrigan, P.W, & Watson, A.C. (2002). The paradox of self-stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9* (1), 35-53.
- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice, 5*, 201-222.

- Cramer, K.M. (1999). Psychological antecedents to help-seeking behavior: a reanalysis using path modeling structures. *Journal of Counseling Psychology, 46* (3), 381-387.
- Crisp, A.H., Gelder, M.G., Rix, S., Meltzer, H.I., & Rowlands, O.J. (2000). Stigmatisation of people with mental illness. *The British journal of Psychiatry, 177* (1), 4-7.
- Cutright, P., & Fernquist, R.M. (2001). The relative gender gap in suicide: societal integration, the culture of suicide, and period effects in 20 developed countries, 1955-1994. *Social Science Research, 30*, 76-99.
- Dezetter, A., Briffault, X., Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bruffaerts, R., De Girolamo, G., et al. (2011). Factors associated with use of psychiatrists and nonpsychiatrist providers by ESEMeD respondents in six European countries. *Psychiatric Services, 62*, 143-151.
- Eagles, J.M., Carson, D.P., Begg, A., & Naji, S.A. (2003). Suicide prevention: a study of patients' view. *British Journal of Psychiatry, 182*, 261-265.
- Eckersley, R., & Dear, K. (2002). Cultural correlates of youth suicide. *Social Science & Medicine, 55*, 1891-1904.
- Eskin, M. (1999). Social reactions of Swedish and Turkish adolescents to a close friend's suicidal disclosure. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34* (9), 492-497.
- Eskin, M. (2003). A cross-cultural investigation of the communication of suicidal intent in Swedish and Turkish adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology, 44*, 1-6.
- European Commission (2006). *Eurobarometer. Well-Being. Special Eurobarometer 248 / wave 64.4*. Brussels: Directorate General for Health & Consumers.
- European Commission (2010). *Eurobarometer. Mental health. Special Eurobarometer 345 / wave 73.2*. Brussels: Directorate General for Health & Consumers.
- European Commission (2004). *The State of mental health in the European Union*. Brussels: Directorate General for Health & Consumers.
- Fernandez, A., Haro, J.M., Martinez-Alonso, M., Demyttenaere, K., Brugha, S., Autonell, J., et al. (2007). Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. *The British journal of Psychiatry, 190*, 172-173.
- Field, A. (2011). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
- Fisher, E.H., & Farina, A. (1995). Attitudes toward seeking professional psychological help: a shortened form and considerations for research. *Journal of College Student Development, 36*, 368-373.
- Gibb, B.E., Andover, M.S., & Beach, S.R.H. (2006). Suicidal ideation and attitudes towards suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 36* (1), 12-18.



- Graf, J., Lauber, C., Nordt, C., Rüesch, P., Meyer, P.C., & Rössler, W. (2004). Perceived stigmatisation of mentally ill people and its consequences for the quality of life in a Swiss population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192 (8), 542-547.
- Griffiths, K.M., Nakane, Y., Christensen, H., Yoshioka, K., Jorm, A. F., & Nakane, H. (2006). Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6 (21).
- Haws, C.A., Gray, D., Yurgelun-Todd, D.A., Moskos, M., Meyer, L.J., & Renshaw, P.F. (2009). The possible effect of altitude on regional variation in suicide rates. *Medical hypotheses*, 73, 587-590.
- Hawton, K. (2010). Completed suicide after attempted suicide. *British Medical Journal*, 341, c3064.
- Helliwell, J.F. (2007). Well-being and social capital: does suicide pose a puzzle? *Social Indicators Research*, 81, 455-496.
- Hjelmeland, H., & Knizek, B.L. (2004). The general public's views on suicide and suicide prevention, and their perception of participating in a study on attitudes towards suicide. *Archives of Suicide Research*, 8, 345-359.
- Holmes, E.P., & River, L.P. (1998). Individual strategies for coping with stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 231-239.
- Hooghe, M., & Vanhoutte, B. (2011). An ecological study of community level correlates of suicide mortality rates in the Flemish region of Belgium, 1996-2005. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41 (4), 453-461.
- Institut Scientifique de Santé Publique (n.d.). *Standardized Procedures for Mortality Analysis – Belgium*. Retrieved from Institut Scientifique de Santé Publique website: <https://www.wiv-isp.be/epidemi/spma/>
- Isometsa, E.T., & Lonnqvist, J. (1998). Suicide attempts preceding completed suicide. *British Journal of Psychiatry*, 173, 531-535.
- Issakidis, C., & Andrews, G. (2002). Service utilisation for anxiety in an Australian community sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37, 153-163.
- Joe, S., Romer, D., & Jamieson, P.E. (2007). Suicide acceptability is related to suicide planning in U.S. adolescents and young adults. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37 (2), 165-178.
- Kelly, C.M., & Jorm, A.F. (2007). Stigma and mood disorders. *Current Opinion in Psychology*, 20, 13-16.

- Kessler, R.C., Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., & Posada-Villa, J. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291 (21), 2581-2590.
- Klineberg, E., Clark, C., Bhui, K.S., & Haines, M.M. (2006). Social support, ethnicity and mental health in adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 755-760.
- Kocmur, M., & Dernovsek, M.Z. (2003). Attitudes towards suicide in Slovenia: a cross-sectional survey. *International Journal of Social Psychiatry*, 49 (1), 8-16.
- Kovess-Masféty, V., Alonso, J., Brugha, S., Angermeyer, M.C., Haro, J.M., & Sevilla-Dedieu, C. (2007). Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European Countries. *Psychiatric Services*, 58 (2), 213-220.
- Leplège, A., Ecosse, E., Verdier, A., & Perneger, T. (1998). The French SF-36 health survey: translation, cultural adaptation and preliminary psychometric evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1013-1023.
- Link, B.G., Cullen, F.T., Struening, E., ShROUT, P.E., & Dohrenwend, B.P. (1989). A modified labeling theory approach to mental disorders: an empirical assessment. *American Sociological Review*, 54 (3), 400-423.
- Link, B.G., & Phelan, J.C. (2001a). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385.
- Link, B.G., Struening, E., Neese-Todd, S., Asmussen, S., & Phelan, J.C. (2001b). The consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatric Services*, 52 (12), 1621-1626.
- Madge, N., Hewitt, A., Hawton, K., & De Wilde, E.J. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (6), 667-677.
- Mäkinen, I. (1997). Are there social correlates to suicide? *Social Science & Medicine*, 44 (12), 1919-1929.
- Marquet, R.L., Bartelds, A., Kerkhof, A., Schellevis, F., & van der Zee, J. (2005). The epidemiology of suicide and attempted suicide in Dutch general practice 1983-2003. *BMC Family Practice* 6 (1), 45.
- Martin, J.K., Pescosolido, B.A., & Tuch, S.A. (2000). Of fear and loathing: the role of 'disturbing behavior', labels and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 41 (2), 208-223.
- Marušić, A., & Farmer, A. (2001). Genetic risk factors as possible causes of the variation in European suicide rates. *British Journal of Psychiatry*, 179, 194-196.

- Mesoudi, A. (2009). The cultural dynamics of copycat suicide. *PLoS One*, 4 (9), e7252.
- Molenberghs, G. (2010). *Survey methods and sampling techniques*. Leuven: Interuniversity Institute for Biostatistics and statistical Bioinformatics.
- O'Connor, R.C., & Armitage, C.J. (2003). The theory of planned behavior and parasuicide: an exploratory study. *Current psychology*, 22 (3), 196-205.
- O'Connor, R.C., Armitage, C.J., & Gray, L. (2006). The role of clinical and social cognitive variables in parasuicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 465-481.
- Owens, C., Lambert, H., Donovan, J., & Lloyd, K.R. (2005). A qualitative study of help seeking and primary care consultation prior to suicide. *British Journal of General Practice*, 55, 503-509.
- Platt, S. (1989). A subculture of parasuicide? In R. Diekstra, S. Maris, S. Platt, A. Schmidtke, & G. Sonneck (Eds.), *Suicide and its prevention: the role of attitude and imitation* (pp. 108-143). Leiden/Canberra: Brill.
- Portzky, G., Van Heeringen, C., & De Wilde, E.J. (2007). Deliberate self-harm in young people: a comparative study of its occurrence and risk factors in Belgian and Dutch adolescents. In G. Portzky (Ed.), *Suicidal behavior among adolescents: epidemiology, risk factors and prevention* (pp. 69-88). Gent: University of Gent.
- Pridemore, W.A. (2006). Heavy drinking and suicide in Russia. *Social Forces*, 85 (1), 413-430.
- Renberg, E., Hjelmeland, H., & Kuposov, R. (2008). Building models for the relationship between attitudes toward suicide and suicidal behavior: based on data from general population surveys in Sweden, Norway, and Russia. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38 (6), 661-675.
- Renberg, E., & Jacobsson, L. (2003). Development of a questionnaire on attitudes towards suicide and its application in a Swedish population. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33 (1), 52-64.
- Retterstol, N. (1993). *Suicide: A European perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reynders, A., Scheerder, G., & Van Audenhove, C. (2011). The reliability of suicide rates: An analysis of railway suicides from two sources in fifteen European countries. *Journal of Affective Disorders*, 131 (1-3), 120-127.
- Reynders, A., Molenberghs, G., & Van Audenhove, C. (2011). *Suicide in Vlaanderen en Nederland. Een verklaring vanuit sociaal cognitieve factoren en hulp zoekend gedrag*. Leuven: LUCAS – Katholieke Universiteit Leuven.
- Rickwood, D., Deane, F.P., Wilson, C.J., & Ciarrochi, J. (2005). Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*, 4 (3 Suppl.), 34.

- Riedel-Heller, S.G., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C. (2005). Mental disorders - who and what might help? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*, 167-174.
- Rosenfield, S. (1997). Labeling mental illness: the effect of received services and perceived stigma on life satisfaction. *American Sociological Review*, *62*, 660-672.
- Rudmin, F.W., Ferrada-Noli, M., & Skolbekken, J. (2003). Questions of culture, age and gender in the epidemiology of suicide. *Scandinavian Journal of Psychology*, *44*, 373-381.
- Runeson, B., Tidemalm, D., Dahlin, M., Lichtenstein, P., & Langström, N. (2010). Method of attempted suicide as predictor of subsequent successful suicide: national long term cohort study. *British Medical Journal*, *341*, c3222.
- Rüsch, N., Angermeyer, M.C., & Corrigan, P.W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European Psychiatry*, *20* (8), 523-539.
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B.J., Clara, I., ten Have, M., Belik, et al. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, *58* (3), 357-364.
- Schmidtke, A., Bille-Brahe, U., De Leo, D., & Kerkhof, A. (2004). *Suicidal behaviour in Europe. Results from the WHO/EURO Multicentre study on suicidal behaviour*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.
- Schomerus, G., Matschinger, H., & Angermeyer, M.C. (2009). The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *259*, 298-306.
- Sheffield, J.K., Fiorenza, E., & Sofronoff, K. (2004). Adolescents' willingness to seek psychological help: promoting and preventing factors. *Journal of Youth and Adolescence*, *33* (6), 495-507.
- Sibicky, M., & Dovidio, J.F. (1986). Stigma of psychological therapy: stereotypes, interpersonal reactions, and the self-fulfilling prophecy. *Journal of Counseling Psychology*, *33* (2), 148-154.
- Skogstad, P., Deane, F.P., & Spicer, J. (2006). Social-cognitive determinants of help-seeking for mental health problems among prison inmates. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *16*, 43-59.
- Stack, S.A. (2003). Media coverage as a risk factor in suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, *57*, 238-240.
- Stack, S.A., & Kposowa, A.J. (2008). The association of suicide rates with individual-level attitudes: a cross-national analysis. *Social Science Quarterly*, *89* (1), 39-59.

- Suominen, K., Isometsä, E., Suokas, J., Haukka, J., Achte, K., & Lonnqvist, J. (2004). Completed suicide after a suicide attempt: a 37-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *161* (563), 564.
- Thompson, A., Hunt, C., & Issakidis, C. (2004). Why wait? Reasons for delay and prompts to seek help for mental health problems in an Australian clinical sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*, 810-817.
- Van der Heyden, J., Gisle, L., Demarest, S., Drieskens, S., Hesse, E., & Tafforeau, J. (2010). *Gezondheidsenquête België, 2008. Rapport I - Gezondheidstoestand*. Brussel: Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, Brussels Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- Van Dongen, A. (2003). De poortwachtersfunctie moet blijven. *Huisarts en Wetenschap*, *46*, 611.
- Van Voorhees, B.W., Cooper, L.A., & Rost, K.M. (2003). Primary care patients with depression are less accepting of treatment than those seen by mental health specialists. *Journal of General Internal Medicine*, *18*, 991-1000.
- Vanderzee, K.I., Buunk, B.P., & Sanderman, R. (1997). Social support, locus of control, and psychological well-being. *Journal of Applied Social Psychology*, *27* (20), 1842-1859.
- Värnik, A., Kõlves, K., van der Feltz-Cornelis, C., & Marušić, A. (2008). Suicide methods in Europe: a gender-specific analysis of countries participating in the "European Alliance Against Depression". *Journal of Epidemiology and Community Health*, *62*, 545-551.
- Verhaak, P.F.M., Bensing, J.M., & van der Brink-Muinen, A. (2007). GP mental health care in 10 European countries: patients' demands and GP's responses. *European Journal of Psychiatry*, *21* (1), 7-16.
- Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid (2011). *Statistiek van de doodsoorzaken*. Retrieved from Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid website: <http://www.zorgen-gezondheid.be/Cijfers/Sterftecijfers/Statistiek-van-de-doodsoorzaken/>
- Vogel, D.L., Wade, N.G., & Haake, S. (2006). Measuring the self-stigma associated with seeking psychological help. *Journal of Counseling Psychology*, *53* (3), 325-337.
- Vogel, D.L., Wade, N.G., & Hackler, A.H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: the mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology*, *54* (1), 40-50.
- Vogel, D.L., Wester, R.W., Wei, M., & Boysen, G.A. (2005). The role of outcome expectations and attitudes on decisions to seek professional help. *Journal of Counseling Psychology*, *52* (4), 459-470.

- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., & Angermeyer, M. C. (2007a). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Lancet*, *370*, 841-850.
- Wang, P.S., Angermeyer, M. C., Borges, G., & Bruffaerts, R. (2007b). Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, *6*, 177-185.
- Wang, P.S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H.A.P., Wells, K.B., & Kessler, R.C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 629-640.
- Ware, J., & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-item shortform health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, *30*, 473-783.