

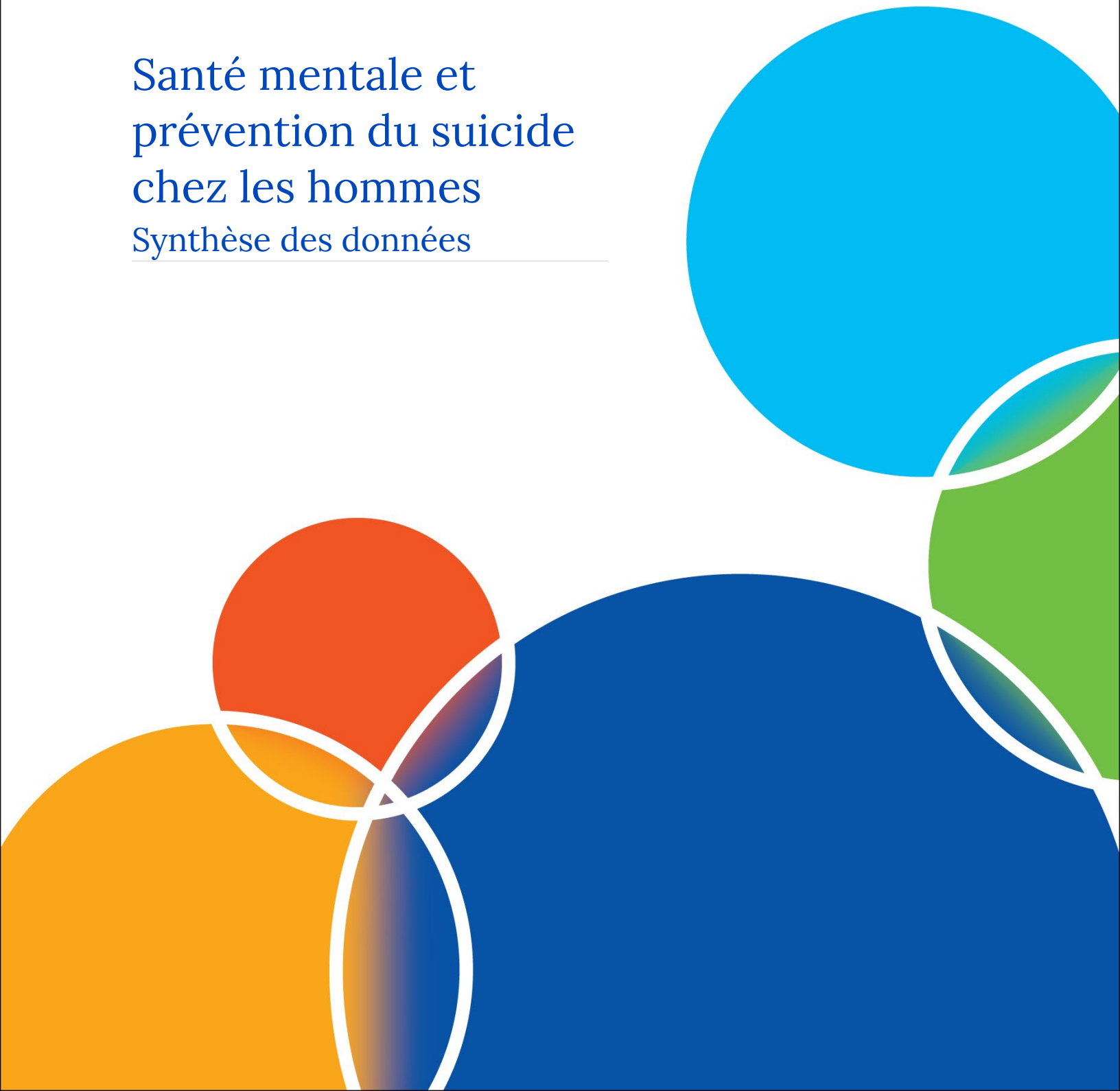


Commission de
la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Santé mentale et prévention du suicide chez les hommes

Synthèse des données



This document is available in English.

Informations concernant la citation

Citation suggérée : Commission de la santé mentale du Canada. (2022). *Santé mentale et prévention du suicide chez les hommes* [Synthèse des données] <https://commissionsantementale.ca/>

© 2022 Commission de la santé mentale du Canada

Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada.

ISBN : 978-1-77318-295-7

Dépôt légal, Bibliothèque nationale du Canada



Les points de vue exprimés dans le présent document représentent uniquement ceux de la Commission de la santé mentale du Canada. Le présent document a été produit grâce à la contribution financière de Santé Canada.

Remerciements

Le siège social de la Commission de la santé mentale du Canada est situé sur le territoire traditionnel non cédé de la Nation algonquine anishinaabe, dans ce que nous appelons aujourd'hui Ottawa, en Ontario. Nous reconnaissons que, depuis des millénaires, les Algonquins ont protégé ces terres, le bassin de la rivière des Outaouais et ses affluents. En tant qu'organisation nationale, nous reconnaissons également que nous exerçons nos activités sur des territoires traditionnels de nombreuses Nations différentes. Aujourd'hui, le chemin de la vérité et de la réconciliation commence par la reconnaissance du rôle de gardien joué par les peuples autochtones et des sacrifices dont ils ont fait preuve. Nous nous engageons à reconnaître les erreurs du passé, à relever les défis du présent et à contribuer à une relation nouvelle et équitable avec les peuples autochtones.

La présente synthèse des données a été rédigée par Meagan Barrett-Bernstein, Natalia Uribe et Hailley White. La recherche, le soutien et la révision supplémentaires ont été assurés par Lisa Cowley, Nitika Rewari, Ryan Murphy, Samuel Breau, Brandon Hey, Abela Ouedraogo, Kati Oliver et William Wahl de la CSMC.

Nous tenons à remercier les nombreuses autres personnes qui ont émis des commentaires importants et précieux et qui ont contribué à cette synthèse des données en la passant en revue et en partageant avec nous de la documentation et de l'information pertinentes :

Conseil des jeunes et Groupe couloir, CSMC

- Connor Lafortune, Thunderbird Partnership Foundation, Cannabis et Psychose Canada, membre du Conseil des jeunes de la CSMC
- D^r Austin Mardon, Département de psychiatrie et John Dossetor Health Ethics Centre, Université de l'Alberta, membre du Groupe couloir de la CSMC
- Garrett Molner, membre du Conseil des jeunes de la CSMC
- Manish Toofany, membre du Conseil des jeunes de la CSMC

Réviseurs-experts

- D^{re} Mary Bartram, CSMC
- D^r John Oliffe, professeur et titulaire d'une chaire de recherche de niveau 1 en promotion de la santé des hommes, École de soins infirmiers, Université de la Colombie-Britannique
- Robert Olson, Centre pour la prévention du suicide
- D^r Zac Seidler, Fondation Movember

Table des matières

Objectif.....	1
Méthodologie.....	1
Principales constatations.....	1
Contexte.....	3
Santé mentale et suicide chez les hommes.....	4
Les hommes au Canada.....	4
Facteurs contributifs.....	4
Dépression masculine, reconnaissance des symptômes et évaluation.....	5
Observance stricte des normes masculines traditionnelles.....	6
Stigmatisation (et autostigmatisation).....	6
Connaissances sur la santé mentale.....	7
La demande d'aide.....	7
Utilisation de moyens plus létaux.....	9
Les facteurs de risque.....	9
Consommation de substances.....	9
Isolement social, solitude et perte d'interdépendance.....	10
Dépression.....	11
Facteurs sociodémographiques.....	12
Antécédents de tentative de suicide.....	14
Événements négatifs de la vie et violence conjugale.....	14
Sous-groupes d'hommes qui présentent un risque accru de suicide.....	15
Hommes des Premières Nations, des Inuits et des Métis.....	15
Minorités sexuelles et de genre.....	16
Groupes professionnels.....	17
Immigrants et réfugiés.....	18
Groupes racialisés.....	18
L'importance de l'intersectionnalité.....	18
Quel a été l'effet de la COVID-19 chez les hommes?.....	20
Vulnérabilité à la COVID-19.....	20
Déclin de la santé mentale et détresse psychologique.....	20
Perte d'emploi et insécurité financière.....	20
Consommation problématique d'alcool et de substances.....	21

Isolement social, solitude et rupture conjugale	21
Demande d'aide	22
Sous-groupes vivant dans des milieux marginalisés.....	22
Pratiques pour la prévention du suicide chez les hommes.....	24
Pratiques exemplaires.....	24
Connaissances sur la santé mentale chez les hommes	24
Formation des sentinelles.....	24
Campagnes de sensibilisation.....	25
Accès sécuritaire aux méthodes.....	25
Plans de sécurité et soutien continu en cas de crise.....	25
Pratiques prometteuses.....	26
Redéfinir la « masculinité » pour encourager la demande d'aide	26
Évaluation de programme et intersectionnalité	27
Augmentation de la sensibilisation et de la détection des symptômes de la dépression masculine	27
Évaluation du risque de suicide adaptée aux hommes.....	28
Amélioration des relations médecin-patient	28
Mise en œuvre d'approches de prévention du suicide en contextes informels.....	29
Ressources et soutien en ligne	29
Groupes de soutien.....	29
Établir des relations personnelles plus solides.....	30
Conclusion.....	30
Références.....	32

Objectif

La présente synthèse des données donne un aperçu des recherches émergentes sur la santé mentale des hommes, en mettant particulièrement l'accent sur le suicide et sa prévention dans le contexte canadien. Elle présente des statistiques sur la santé mentale et les comportements suicidaires des hommes, sur les facteurs qui contribuent à leur risque accru de suicide et de décès par suicide, sur les sous-groupes qui présentent un risque accru de suicide, ainsi que sur les répercussions potentielles et observées de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des hommes et les comportements suicidaires chez les hommes. Cette synthèse des données présente aussi des pratiques exemplaires et prometteuses en prévention du suicide. La présente synthèse est destinée aux personnes et aux organisations qui œuvrent dans les secteurs de la santé, de la santé mentale et de la prévention du suicide, ainsi qu'aux intervenants qui développent ou offrent du soutien et des ressources pour les hommes.

Méthodologie

La présente revue de la documentation universitaire et de la littérature grise émergentes canadiennes et internationales sur la santé mentale et le suicide chez les hommes (en mettant l'accent sur la période de 2016 à 2021) a porté principalement sur la recherche liée au suicide et aux stratégies efficaces de prévention du suicide. On note deux limitations dans la littérature passée en revue, soit (1) un accent mis sur les différences sexuelles plutôt que les différences de genre* (ainsi que l'utilisation interchangeable de ces termes), et (2) l'absence d'information suffisante pour déterminer comment le sexe et le genre étaient conceptualisés et mesurés. Par conséquent, le terme « hommes » est utilisé dans l'ensemble de la présente synthèse. Lorsqu'ils sont disponibles, des renseignements additionnels sont fournis sur l'identité de genre des participants.

La synthèse a été révisée par plusieurs experts en santé mentale et en prévention du suicide, ainsi que par des personnes ayant vécu ou vivant de telles situations. Pour amplifier ces voix dénotant une expérience vécue, des citations issues de la littérature sont incluses dans l'ensemble du présent document.

Principales constatations

1. Les hommes représentent toujours la majorité des décès par suicide, et ce, tant au Canada qu'à l'échelle internationale. Plusieurs facteurs notables peuvent contribuer à ces taux de suicide élevés :

* Le présent document accepte les distinctions suivantes entre « sexe » et « genre » : « Sexe : Le statut biologique d'une personne comme étant de sexe masculin, de sexe féminin ou intersexe. . . Il y a un certain nombre d'indicateurs de sexe biologique, incluant les chromosomes sexuels, les hormones, les organes reproducteurs internes et les organes génitaux externes ». « Genre : Les rôles, les responsabilités, les attributs et les droits définis culturellement qui sont associés au fait d'être un homme ou une femme dans un contexte donné, ainsi que les rapports de force parmi les hommes et parmi les femmes, de même qu'entre les hommes et les femmes et entre les garçons et les filles » (p. 2375). Voir Darmstadt, G. L., et al. (2019). *Why now for a series on gender equity, norms, and health?* [commentaire], *Lancet*, 393(10189), 2374-2377. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30985-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30985-7)

- Des liens clairs entre l'observance des normes traditionnellement masculines (c.-à-d., force, stoïcisme, autonomie) et des connaissances moindres à propos de la santé mentale, une hésitation à demander de l'aide et une utilisation moins grande des services en santé mentale. Il est essentiel de comprendre les biais liés au genre (qu'ont des hommes et des professionnels de la santé) et de redéfinir de façon positive des « masculinités » dans les nombreux contextes de la santé mentale pour inciter les hommes à demander davantage d'aide et pour adapter efficacement la prestation de services de santé mentale aux hommes.
 - Le corpus croissant de la documentation montre l'existence d'une dépression masculine caractérisée par des symptômes externalisés comme l'irritabilité, la colère et la consommation de substances. Pour accroître la détection et le traitement de la dépression chez les hommes, les symptômes externalisés doivent être mesurés en concomitance avec les symptômes habituels et incorporés aux outils de dépistage utilisés pour sa détection.
 - Des données probantes indiquent que la consommation de substances, l'isolement social ou la solitude, ainsi que la dépression sont parmi les facteurs de risque les plus importants de comportements suicidaires chez les hommes. Étant donné le poids de ces facteurs de risque, les efforts de prévention doivent mettre l'accent sur la dépression et la consommation problématique de substances, et ils doivent cibler et soutenir les hommes qui sont isolés ou qui peuvent vivre de la solitude (p. ex., après avoir récemment vécu une séparation ou un divorce).
2. Certains sous-groupes qui s'identifient comme des hommes au Canada sont associés à un risque significativement accru de suicide (particulièrement les jeunes hommes). Plus particulièrement, les taux de tentative de suicide chez les membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui s'identifient comme des hommes faisant partie d'une minorité sexuelle ou d'une minorité de genre (c.-à-d., gai, bisexuel, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, hommes trans) sont jusqu'à 10 fois plus élevés que chez les hommes de ce groupe qui ne sont pas autochtones. Les taux élevés de comportements suicidaires au sein de ce sous-groupe sont attribuables en partie à des facteurs de risque uniques liés à la violence historique et coloniale, à la stigmatisation, à la discrimination et à l'érosion des structures familiales. Ainsi, le fait de considérer ces facteurs de risque comme étant des injustices en matière de santé mentale qui limitent l'accès à des services de santé mentale pourrait encourager l'élaboration d'initiatives de prévention du suicide adaptées aux besoins et aux expériences uniques de ces sous-groupes.
 3. La pandémie de COVID-19 a amplifié les facteurs de risque de suicide déjà existants chez les hommes, et certains sous-groupes particuliers font état de niveaux supérieurs de consommation d'alcool et de cannabis, de dépression, d'automutilation et de pensées suicidaires. Les efforts de prévention du suicide durant et après la pandémie doivent examiner son effet sur la perte d'emploi, l'insécurité financière, l'isolement social et la consommation de substances, et ils doivent mettre l'accent sur les obstacles à la demande d'aide et à l'accès à du soutien social et en santé mentale.
 4. Bien que les facteurs de risque liés au suicide chez les hommes aient fait l'objet de nombreuses recherches, les approches de prévention demeurent larges et sont adaptées aux hommes en général, ce qui crée des lacunes importantes quand vient le temps de comprendre les besoins de différents hommes et d'y répondre. Des analyses intersectionnelles et axées sur le sexe et le genre doivent être menées pour mieux comprendre le suicide et le risque de suicide chez les hommes ainsi que pour orienter l'élaboration d'interventions adaptées qui répondent aux besoins uniques de ces sous-groupes, dont plusieurs vivent dans des conditions de marginalisation :

- Pour comprendre les divers besoins des groupes minoritaires sur le plan du sexe et du genre, il est essentiel que la recherche menée dans ce domaine (incluant une évaluation formelle du programme) ne se limite pas aux définitions binaires du sexe lors de la collecte, de l'analyse et de la présentation des données, et il faut également continuer à examiner comment les intersections entre le genre, l'origine ethnique et les systèmes de pouvoir et d'oppression ont une incidence sur la santé mentale et le suicide.
- En reconnaissant les identités multiples et diversifiées qui existent au sein de la population d'hommes au Canada, les interventions devraient être adaptées en fonction des contextes géographiques et culturels.
- Pour que les programmes de prévention du suicide soient efficaces et rejoignent les personnes qui en ont besoin, il est essentiel de comprendre et de gérer les déterminants sociaux de la santé et de savoir comment ils influencent les connaissances sur la santé mentale, la demande d'aide et, en fin de compte, l'accès aux services.

Contexte

Des 4 000 décès par suicide estimés au Canada chaque année, 75 % sont des hommes¹. Au Canada, le suicide est la deuxième cause de décès en importance chez les hommes âgés de 15 à 39 ans (après les décès de cause accidentelle)^{2,3}. La recherche portant sur les différences sexuelles dans les comportements suicidaires a révélé un paradoxe lié au genre, où les hommes sont plus susceptibles de mourir d'un suicide, tandis que les femmes sont plus susceptibles de faire des tentatives de suicide⁴⁻⁶. Entre 1981 et 2017, les hommes ont été systématiquement associés à des taux de mortalité attribuable au suicide plus élevés que les femmes⁷. Durant cette période, le « rapport homme-femme » moyen de décès par suicide était de 3,4:1, ce qui signifie que les hommes sont morts par suicide en moyenne 3,4 fois plus souvent que les femmes. Non seulement ces taux disproportionnellement élevés ont-ils été observés au fil du temps, mais aussi sur l'ensemble de la durée de vie, alors que les taux de suicide chez les hommes sont systématiquement plus élevés que chez les femmes à tous les âges⁸.

Il est rare qu'une seule « raison » explique le décès d'une personne par suicide. Au contraire, les comportements suicidaires sont influencés par une combinaison de facteurs — biologiques, cliniques, environnementaux, psychologiques et socioculturels — échelonnés tout au long de la vie. Les facteurs qui contribuent au suicide et ceux qui protègent contre le suicide fluctuent et varient entre les personnes et les sous-groupes, de même qu'entre les groupes d'âge, les stades de la vie et les circonstances^{9,10}. Ceci étant, les hommes partagent plusieurs facteurs importants qui augmentent leur risque de suicide¹¹. Ainsi, il est essentiel de comprendre pourquoi les hommes meurent par suicide à un taux si élevé, et de déterminer quels hommes sont les plus à risque, afin de pouvoir élaborer et mettre en œuvre des stratégies de prévention du suicide efficaces pour cette population.

En plus de résumer les données probantes portant sur les facteurs qui augmentent le risque de suicide et de décès par suicide chez les hommes, les sous-groupes qui sont associés à un risque plus élevé, et les répercussions potentielles et observées de la COVID-19 chez les hommes en lien avec la santé mentale et le suicide, la présente synthèse de données soulignera les pratiques exemplaires et prometteuses en matière de prévention du suicide.

Santé mentale et suicide chez les hommes

Les hommes au Canada

Le Canada est situé sur le territoire traditionnel, ancestral et en grande partie non cédé des Inuits, des Métis et des Premières Nations. On y retrouve plus de 38 millions d'habitants issus d'origines culturelles et ethniques diverses^{12,13}. Les estimations tirées des données du recensement de 2016 indiquent que les hommes représentent presque la moitié de la population (la plupart sont âgés de 25 à 64 ans), tandis que les groupes racialisés en représentent près du quart¹⁴. D'après les données de ce recensement, plus de 1,67 million de personnes se sont identifiées en tant qu'Autochtones, dont 813 520 se sont identifiées comme étant des hommes¹⁵. De récentes estimations de Statistique Canada montrent qu'environ 4 % de la population totale s'identifie comme 2SLGBTQ+, dont un quart s'identifie comme étant gai et 75 000 personnes (15 ans et plus) comme étant transgenres ou non binaires¹⁶. En raison de craintes et/ou d'appréhensions liées au fait de s'identifier comme faisant partie de ces groupes, il est possible que ces données sous-estiment le nombre réel d'Autochtones et de personnes 2SLGBTQ+ au Canada ainsi que la diversité globale de ces populations.

Malheureusement, l'incroyable diversité du Canada n'est pas toujours représentée dans la documentation sur la santé mentale et le suicide chez les hommes. Par conséquent, nous reconnaissons les limites de la documentation scientifique incluse dans la présente synthèse en termes de représentation des différentes expériences et expressions des hommes au Canada ainsi que des considérations liées à l'identité sexuelle et à l'identité de genre. La CSMC reconnaît cette diversité et croit que pour améliorer les pratiques en prévention du suicide et en promotion de la vie pour les hommes, il est essentiel d'explorer et de mieux comprendre les relations entre l'identité de genre et le suicide en ne se limitant pas aux statistiques sur le modèle sexuel binaire.

Comme le mentionne Standish (2020) dans un article anticipant la relation entre le suicide et l'identité de genre après la pandémie de COVID-19 :

L'adoption de statistiques sur le modèle sexuel binaire pour les mettre en corrélation avec les cas de suicides, quand ces derniers sont identifiés, signifie que l'on écarte d'emblée certains aspects utiles de l'identité et des interventions potentielles. Les personnes non binaires, LGBTQI2 et autochtones, en particulier les jeunes, sont associées à des taux de tentatives de suicide plus élevés que chez les personnes occidentales cisgenres, ce qui souligne l'importance de comprendre la notion de genre pour comprendre la problématique du suicide (p. 114)¹⁷.

Facteurs contributifs

La documentation scientifique pointe vers plusieurs facteurs qui contribuent aux taux élevés de décès par suicide chez les hommes. La liste suivante a été compilée à partir d'une recherche quantitative et qualitative[†] sur le suicide, tant au Canada qu'à l'échelle internationale.

[†] Une recherche quantitative est exprimée en nombres et en graphiques, et elle est utilisée pour mettre à l'épreuve ou pour confirmer des théories et des hypothèses, tandis qu'une recherche qualitative est exprimée en mots et est utilisée pour comprendre des concepts, des pensées et des expériences. Voir, par exemple, Streefkerk, R. (2022). *Qualitative vs. quantitative research: Differences, examples, and methods*. <https://www.scribbr.com/methodology/qualitative-quantitative-research/>

Dépression masculine, reconnaissance des symptômes et évaluation

La recherche en santé mentale indique que les expériences de dépression vécues par les hommes peuvent être différentes de celles associées à la dépression « typique » (c.-à-d., d'après le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* [DSM-5]). Il y a de plus en plus de données probantes appuyant l'existence d'une « dépression masculine », laquelle est caractérisée par des symptômes externalisés,[‡] notamment l'irritabilité, la colère, la consommation de substances, la prise de risque et l'impulsivité¹⁸. Ces symptômes ne sont pas décrits dans les critères du DSM-5 pour la dépression;[§] en effet, ces critères mesurent principalement des symptômes prototypiques ou internalisés comme l'humeur dépressive, la fatigue et la perte d'énergie, ainsi que la perte d'intérêt ou de plaisir¹⁹. Une recherche méta-analytique indique que de nombreux hommes vivant une dépression font état de symptômes externalisés^{20,21}. Zajac et ses collègues (2020) ont observé, à partir d'un échantillon de 1 000 hommes adultes vivant au Canada, que chez les 31 % qui présentaient des symptômes dépressifs (prototypiques et externalisés), presque 75 % ont signalé des symptômes externalisés seuls ou un mélange de symptômes externalisés et prototypiques. Les auteurs ont aussi constaté que les hommes ayant fait état de symptômes externalisés présentaient un risque nettement accru de problèmes liés à la santé mentale et un risque suicidaire actuel, comparativement à ceux signalant seulement des symptômes prototypiques²². D'autres données probantes suggèrent que la conformité ou l'observance des hommes par rapport aux normes traditionnellement masculines (c.-à-d., stoïcisme, autonomie, force) pouvait avoir une incidence sur leur expérience et leur expression de la dépression. Seidler et ses collègues (2016) ont mentionné que le conditionnement social des hommes en vue d'éviter la communication fondée sur les émotions fait en sorte qu'ils possèdent un vocabulaire émotionnel limité pour décrire ce qu'ils vivent. On croit également que les sentiments de honte et de faiblesse vécus par les hommes ainsi que la peur d'être exclu ou marginalisé (qui sont associés à la dépression) peuvent aggraver la sévérité des symptômes dépressifs tout en réduisant la probabilité que les hommes cherchent à obtenir de l'aide²³.

Plusieurs outils de dépistage utilisés pour diagnostiquer la dépression (p. ex., le questionnaire PHQ-9 sur la santé du patient) sont basés sur les symptômes dépressifs prototypiques décrits dans le DSM-5, et ils n'incluent pas les symptômes externalisés que de nombreux hommes semblent présenter²⁴⁻²⁶. Des chercheurs ont suggéré que les outils classiques de dépistage et de diagnostic qui ne mesurent pas les symptômes de la dépression masculine pourraient contribuer à la sous-détection et au traitement insuffisant des symptômes dépressifs chez les hommes²⁷⁻³⁰. Dans une étude influente, Martin et ses collègues (2013) ont constaté que les différences entre les sexes sur le plan du taux de dépression disparaissaient quand les symptômes de la dépression masculine étaient mesurés en plus des symptômes dépressifs prototypiques³¹. Quand les symptômes prototypiques et masculins étaient mesurés, les taux de satisfaction aux critères de la dépression étaient similaires chez les hommes et les femmes : 30,6 et 33,3 %, respectivement³². Compte tenu du risque accru de suicide associé aux symptômes externalisés (p. ex., consommation de substances, prise de risque), il est essentiel de détecter les symptômes de dépression masculine pour prévenir le suicide chez les hommes.

[‡] Les symptômes externalisés de la dépression comprennent un comportement de fuite, des symptômes physiques, la consommation d'alcool et de drogue, les comportements contrôlants, violents ou abusifs, l'irritabilité et/ou la colère, les comportements à risque et l'impulsivité.

[§] Les critères de la dépression du DSM-5 (c.-à-d., symptômes prototypiques) sont les suivants : humeur dépressive, diminution de l'intérêt / du plaisir, importante perte de poids et/ou changements sur le plan de l'appétit, ralentissement de la pensée ou des mouvements, fatigue/perde d'énergie, sentiments d'inutilité / de culpabilité excessive, diminution de la capacité à penser ou à se concentrer, pensées récurrentes liées à la mort.

Observance stricte des normes masculines traditionnelles

La recherche a fait un lien entre la masculinité et ses conceptualisations et la dépression et le suicide chez les hommes. Les normes masculines « traditionnelles » représentent l'« idéal accepté » de la masculinité, incluant le stoïcisme, l'autonomie, la force, la ténacité, la réussite, le contrôle et la compétitivité. Ces normes, qui « tireraient leur origine des modèles dominants de la socialisation masculine en Occident (Pleck, 1995) » (p. 107),³³ servent à perpétuer les inégalités tant au sein des genres qu'entre les genres³⁴.

La recherche montre que tant l'observance de ces normes masculines que le fait de s'en écarter peuvent entraîner des conséquences négatives³⁵⁻⁴⁰. Bien que le fait de s'écarter de ces normes ait été associé à des résultats négatifs (p. ex., pénalités sociales et économiques) chez certains hommes (incluant le fait d'être perçus comme étant faibles, moins fiables, moins susceptibles d'être embauchés), l'observance de ces normes peut aussi entraîner des répercussions fortement négatives sur les comportements et les résultats liés à la santé mentale⁴¹⁻⁴⁷. Les études portant sur l'impact de la masculinité sur la santé mentale et le suicide mettent en lumière un vaste éventail de résultats négatifs chez les hommes qui observent de façon stricte les normes masculines traditionnelles. Garfield et ses collègues (2008) ont rapporté que l'anxiété, la dépression, le stress psychologique et les mécanismes d'adaptation mésadaptés étaient omniprésents chez les hommes ayant des croyances plus traditionnelles en lien avec la masculinité et les rôles de genre⁴⁸. Les hommes qui adhèrent fortement à ces normes sont également plus susceptibles de présenter des symptômes externalisés de dépression (p. ex., consommation de substances, prise de risque, impulsivité), d'avoir un niveau inférieur de connaissances sur la santé mentale et d'avoir de la difficulté à demander de l'aide pour leurs problèmes de santé mentale⁴⁹⁻⁵². La recherche sur la masculinité et l'observance des normes masculines met en lumière le risque élevé associé aux symptômes externalisés de dépression, à la difficulté de reconnaître les émotions et les symptômes (chez soi et chez les autres) et au fait d'avoir une capacité et une volonté limitées à chercher à obtenir de l'aide en cas de problèmes de santé mentale. Il est important de noter que, bien qu'une observance stricte des normes masculines puisse mener à des effets négatifs liés à la santé mentale et au suicide, certaines normes masculines peuvent être protectrices si elles sont mises en application avec souplesse^{53,54}. Par exemple, Levant et Wimer (2014) ont constaté que des niveaux élevés de contrôle émotionnel servaient de mesure de protection contre la colère et le stress chez les hommes⁵⁵.

Stigmatisation (et autostigmatisation)

D'après l'Agence de la santé publique du Canada, la stigmatisation

commence lorsqu'on étiquette les différences et impose des stéréotypes négatifs à des personnes, créant ainsi une distinction entre « elles » et « nous ». . . . La stigmatisation survient dans les institutions (p. ex., dans les organisations de soins de santé), au niveau de la population (p. ex., dans les normes et les valeurs), dans le cadre de relations interpersonnelles (p. ex., mauvais traitements) et individuellement (p. ex., l'estime de soi et la valeur personnelle que l'on s'accorde) (p. 22)⁵⁶.

La stigmatisation liée à la santé mentale est incroyablement préjudiciable et peut causer une vaste gamme d'effets négatifs, incluant de l'isolement social, une diminution de la demande d'aide et de l'adhésion au traitement, ainsi qu'un moins bon rétablissement suite à une maladie mentale⁵⁷⁻⁵⁹. Les hommes peuvent être touchés par une telle stigmatisation et, s'ils ont reçu un diagnostic de maladie mentale ou reçoivent un traitement pour une telle maladie, il est possible qu'ils ne cherchent pas à obtenir de l'aide par peur de perdre l'acceptation de leurs pairs⁶⁰. Un examen systématique de la littérature par Clement et ses collègues (2015) a révélé que la stigmatisation liée à la santé mentale se classait au quatrième rang des obstacles à la demande d'aide, tandis que les hommes figuraient parmi les groupes pour lesquels la stigmatisation avait un effet disproportionné⁶¹. Au Canada, Oliffe et ses collègues (2016) ont constaté que les hommes ont une attitude plus stigmatisante que les

femmes à l'égard de la dépression masculine. Les hommes étaient également plus susceptibles de mentionner qu'ils ressentaient de la gêne à l'idée de demander une aide professionnelle pour la dépression ou de savoir que d'autres personnes savaient qu'ils avaient cherché à obtenir une telle aide⁶².

Connaissances sur la santé mentale

Les connaissances sur la santé mentale désignent la compréhension qu'a une personne des symptômes des différentes maladies mentales, de même que sa capacité à reconnaître ces symptômes (chez elle et chez les autres), sa compréhension du quand et du comment il faut chercher de l'aide ou de l'information, ainsi que ses croyances et attitudes à l'égard de la maladie mentale et du fait de chercher à obtenir de l'aide⁶³. Une précédente recherche à propos des connaissances sur la santé mentale a montré qu'en règle générale, les hommes identifiaient avec précision moins souvent que les femmes les symptômes de maladie mentale comme la dépression, l'anxiété ou la psychose⁶⁴. La même étude a aussi montré que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de percevoir les symptômes comme étant sérieux. Dans l'examen systématique réalisé par Seidler et ses collègues (2016), leurs analyses ont révélé que les hommes percevaient plus souvent les symptômes dépressifs (p. ex., fatigue, humeur morose, agitation, irritabilité) comme étant des signes potentiels de maladie physique plutôt que de maladie mentale⁶⁵.

Les niveaux inférieurs de connaissances sur la santé mentale observés chez les hommes peuvent s'expliquer en partie par leur conformité avec certaines normes masculines (p. ex., autonomie, contrôle émotionnel, stoïcisme), ce qui serait « incompatible avec l'acquisition communicative et interactive de connaissances sur la santé » (p. 2)⁶⁶. Dans une étude, les hommes ayant obtenu le score le plus élevé sur une échelle de conformité aux normes masculines étaient associés aux niveaux les moins élevés de connaissances sur la santé mentale. Plus précisément, ils étaient moins susceptibles de convenir qu'ils avaient la capacité de trouver de bonnes informations sur la santé et de s'engager activement auprès de professionnels de la santé ou d'être compris par ceux-ci. Les auteurs ont aussi observé une association entre des symptômes dépressifs modérés à sévères et un plus faible niveau de connaissances sur la santé mentale⁶⁷. De plus, il peut être plus difficile pour les hommes de reconnaître les signes de dépression masculine. Dans un sondage représentatif mené auprès de Canadiens, Oliffe et ses collègues (2016) ont constaté que les femmes étaient plus susceptibles de reconnaître correctement les symptômes de dépression masculine, démontrant ainsi de meilleures connaissances à propos de la dépression chez les hommes⁶⁸. En outre, un faible niveau de connaissances sur la santé mentale peut contribuer à faire en sorte que les hommes demandent moins d'aide et utilisent moins les services de santé. La recherche montre que les personnes ayant des niveaux supérieurs de connaissances sur la santé mentale sont plus susceptibles de chercher à obtenir de l'aide, d'avoir recours à la psychothérapie et de recommander de l'aide professionnelle à d'autres personnes^{69,70}.

La demande d'aide

La demande d'aide comprend l'appel initial en vue d'obtenir de l'aide ainsi que le suivi continu et le traitement⁷¹. La recherche portant sur la demande d'aide pour des questions liées à la santé mentale montre que les hommes sont non seulement moins susceptibles de chercher à obtenir de l'aide initialement, mais lorsqu'ils le font, ils sont plus susceptibles d'arrêter le traitement et moins susceptibles de se rendre aux séances de suivi et de s'engager sérieusement auprès de leur thérapeute^{72,73}. Les hommes qui cherchent à obtenir de l'aide peuvent aussi attendre que leur besoin de soutien soit très important (p. ex., quand ils présentent une dépression sévère) et qu'ils aient épuisé toutes les autres options (p. ex., auto-traitement, conversation avec la/le partenaire) avant d'accéder aux services^{74,75}. Dans l'étude menée par Rice et ses collègues (2020) et menée auprès d'hommes ayant signalé des symptômes de dépression majeure, 60 % des sujets ont mentionné qu'ils

avaient eu des idées suicidaires au cours des deux semaines précédentes, et seulement 8,5 % étaient en lien avec un professionnel en santé mentale⁷⁶. L'examen de 52 hommes réalisé par Cleary et ses collègues (2017) à propos du recours aux services après une hospitalisation pour une tentative de suicide⁷⁷ a révélé qu'un tiers de ces hommes ne se sont jamais rendus à leurs rendez-vous en consultation externe; parmi ceux qui se sont rendus à ces rendez-vous, le tiers y est allé pendant moins d'un mois. Les attitudes négatives des hommes à l'égard du traitement étaient omniprésentes, et plusieurs d'entre eux doutaient de l'efficacité du traitement psychiatrique⁷⁸. Les expériences des hommes en lien avec la thérapie peuvent avoir un impact direct sur la poursuite de leur traitement, leur perception à propos de son efficacité et leur volonté de dévoiler leur détresse dans le futur^{79,80}. Seidler et ses collègues (2020) ont constaté qu'un niveau inférieur de satisfaction à l'égard d'une précédente thérapie était associé à un niveau de doute plus élevé quant à son efficacité, ce qui en retour était associé à une plus grande hésitation à dévoiler sa détresse à un médecin⁸¹.

Les hommes peuvent également être moins susceptibles que les femmes de chercher de l'aide avant un suicide⁸²⁻⁸⁴. Dans une étude qualitative portant sur les expériences vécues par des hommes ayant fait une tentative de suicide, Oliffe et ses collègues (2021) ont trouvé que lorsque les « difficultés (et le fatalisme) augmentaient » (p. 420), les hommes ressentaient un sentiment d'isolement grandissant qui les empêchait encore davantage de chercher de l'aide auprès de leurs pairs et/ou de professionnels⁸⁵. Tel que mentionné par un participant, « le simple fait d'avoir en tête des pensées suicidaires peut vous orienter vers une nouvelle voie. . . . vous n'êtes pas dans votre état d'esprit habituel. . . et quand vous traversez une période dépressive ou suicidaire, vous ne voulez parler à personne » (p. 420). Cette même étude a aussi constaté que parmi ceux qui ont fait une tentative de suicide, une aide professionnelle était « requise rapidement, régulièrement et à long terme » et les services étaient « particulièrement appréciés quand ils étaient explicitement liés au processus d'autogestion » (p. 424)⁸⁶. Schaffer et ses collègues (2016) ont constaté que parmi ceux qui sont décédés suite à un suicide à Toronto sans avoir eu de contact avec un professionnel de la santé au cours de l'année précédente, presque 85 % étaient des hommes⁸⁷. Dans un examen systématique portant sur le recours à des soins primaires et des soins de santé mentale avant de perdre la vie en raison d'un suicide, les femmes étaient associées à des taux supérieurs de contacts avec des professionnels de la santé et de la santé mentale⁸⁸. Ceci étant, au cours de l'année précédant leur décès par suicide, 77 % des hommes avaient été en contact avec un professionnel de la santé, et 26 % des hommes avaient reçu des services en santé mentale⁸⁹. Globalement, ces résultats suggèrent que bien qu'une aide professionnelle soit nécessaire et que certains hommes aient recours aux services de professionnels de la santé et de professionnels en santé mentale avant leur décès par suicide, il est possible que leurs symptômes passent inaperçus ou que les soins reçus ne répondent pas adéquatement à leurs besoins.

Il a été montré que les hommes qui adhèrent de façon plus stricte à des idéaux masculins (p. ex., force, stoïcisme, autonomie) sont moins susceptibles de chercher de l'aide, et ils ont plus tendance à cesser de consulter les services de santé mentale; de plus, ils ressentent une plus grande stigmatisation liée au fait d'obtenir de l'aide et ils ont une perception moins favorable à l'égard de la santé mentale et de la recherche d'aide⁹⁰⁻⁹³. En outre, les hommes peuvent éviter de chercher de l'aide parce qu'ils perçoivent les thérapies comme étant « efféminées » et comme étant une façon de s'appuyer sur des comportements qui contredisent les normes masculines traditionnelles⁹⁴. Hoy et ses collègues (2012), dans une méta-ethnographie composée d'études qualitatives, ont mis en évidence quatre obstacles précis à la demande d'aide chez les hommes : (1) la stigmatisation sociale, (2) l'appréhension à l'égard des professionnels de la santé et des médicaments sur ordonnance, (3) les difficultés à communiquer et à partager les émotions et les problèmes, et (4) une préférence pour l'autogestion de leur propre santé⁹⁵.

Bien qu'il ait été montré que l'adhésion à certaines normes masculines compromet les comportements des hommes en matière de recherche d'aide, la recherche montre que l'adhésion

par les professionnels de la santé à ces mêmes normes peut contribuer à ces faibles taux d'utilisation de services en santé mentale par les hommes. Affleck et ses collègues (2018) ont noté l'influence inévitable des normes et des biais de genre chez les professionnels de la santé quand ils traitent des patients et sur la façon dont « les notions traditionnelles de masculinité sont institutionnalisées dans le système de santé en général » (p. 586)⁹⁶. Les auteurs ont cité plusieurs études qui mettent en lumière des biais de genre importants parmi les professionnels de la santé, incluant des médecins qui passent moins de temps avec les hommes qu'avec les femmes durant les consultations (et qui offrent des explications plus brèves) ainsi que des médecins qui ont moins tendance à diagnostiquer une maladie mentale chez les hommes et à agir une fois la maladie diagnostiquée⁹⁷.

Utilisation de moyens plus létaux

Une différence importante entre les hommes et les femmes en ce qui a trait aux décès par suicide est le choix des moyens utilisés par les hommes. Comparativement aux femmes, les hommes sont beaucoup plus susceptibles de choisir des méthodes à haut risque, de faire des tentatives à l'aide de moyens plus létaux et violents (c.-à-d., suffocation, armes à feu), et d'avoir recours à l'alcool⁹⁸⁻¹⁰¹. Au Canada, la suffocation (53,5 %) et les armes à feu (17,6 %) ont représenté globalement 71,1 % des décès par suicide chez les hommes en 2018¹⁰². Comparativement aux autres méthodes de suicide, les personnes qui utilisent des armes à feu sont jusqu'à 140 fois plus susceptibles de mourir suite à leur première tentative¹⁰³. La recherche suggère aussi que la létalité des gestes suicidaires peut être supérieure chez les hommes que chez les femmes, même quand la même méthode est utilisée^{104,105}. Mergl et ses collègues (2015) ont montré que les gestes suicidaires étaient 3,4 fois plus létaux chez les hommes que chez les femmes pour toutes les méthodes examinées¹⁰⁶. Fait à noter, l'agressivité, l'impulsivité et l'utilisation d'alcool (caractéristiques connues de la dépression masculine) ont été associées à des tentatives de suicide plus sérieuses¹⁰⁷⁻¹⁰⁹.

Les facteurs de risque

Les facteurs de risque sont des caractéristiques ou des conditions qui, si elles sont associées à d'autres influences, peuvent rendre une personne plus vulnérable au suicide¹¹⁰. Les données probantes qui proviennent de la littérature universitaire et scientifique pointent vers plusieurs facteurs de risque de suicide importants et communs chez les hommes. La section suivante décrit ces facteurs de risque en se fondant sur la recherche menée au Canada et à l'échelle internationale.

Consommation de substances

La consommation d'alcool et/ou de drogue (particulièrement en fortes doses) ainsi que le trouble de consommation d'alcool et les autres troubles liés à l'usage de substances font partie des plus importants facteurs de risque de tentative de suicide et de mortalité due au suicide¹¹¹⁻¹¹⁷. Non seulement la consommation d'alcool et/ou de drogue augmente-t-elle la probabilité d'une tentative de suicide, mais les décès qui les mettent en cause ont tendance à être plus violents (c.-à-d., pendaison, suicide par arme à feu, noyade) et, par conséquent, plus fatals^{118,119}. Borges et ses collègues (2017) ont constaté que toute consommation aiguë d'alcool multiplie presque par sept la probabilité de faire une tentative de suicide, tandis que les niveaux élevés de consommation aiguë d'alcool augmentent cette probabilité de l'ordre de 37,18 fois¹²⁰. Les personnes qui vivent avec un trouble de consommation d'alcool, caractérisé par une perturbation de la capacité à arrêter de consommer ou à contrôler sa consommation, sont également plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires (1,86 fois plus susceptibles), de faire des tentatives de suicide (1,36) et de décéder par suicide (3,13)^{121,122}. Comparativement aux femmes, les hommes sont plus susceptibles de recevoir un diagnostic de trouble de consommation d'alcool¹²³, et ils sont plus susceptibles d'avoir un taux élevé d'alcool dans le sang au moment d'un décès par suicide¹²⁴. De plus, les hommes qui meurent par suicide sont beaucoup plus susceptibles d'avoir reçu un diagnostic de trouble de consommation

d'alcool comparativement aux cas-témoins¹²⁵. Les hommes qui vivent avec un trouble de consommation d'alcool et une dépression peuvent présenter un risque de suicide particulièrement élevé. Holmstrand et ses collègues (2015) ont trouvé que le risque de mourir par suicide chez les hommes présentant un trouble de consommation d'alcool et une dépression était 25 fois plus élevé que chez les hommes dont le trouble de consommation d'alcool n'était pas accompagné d'une dépression¹²⁶.

Les études portant sur la relation entre la consommation d'opioïdes et les comportements suicidaires ont rapporté des taux élevés d'idées suicidaires et de tentatives de suicide chez les personnes consommant des opioïdes ou ayant une dépendance aux opioïdes¹²⁷⁻¹²⁹. On estime que les personnes qui consomment de l'héroïne sont jusqu'à 14 fois plus susceptibles que leurs pairs de mourir par suicide¹³⁰. L'association entre la consommation d'opioïdes et le risque de suicide peut s'expliquer en partie par le taux de chômage, l'itinérance et l'absence de soutien social que l'on observe chez les personnes qui consomment des opioïdes¹³¹. Au Canada, les décès liés aux opioïdes sont responsables d'une réduction significative de l'espérance de vie, en particulier chez les jeunes hommes¹³². En 2017, le pays a signalé 3 987 décès liés aux opioïdes, dont 76 % chez des hommes, et le fardeau associé aux décès a été plus élevé en Colombie-Britannique (C.-B.), en Alberta, aux Territoires du Nord-Ouest et au Yukon^{133,134}. La crise des opioïdes a touché certains groupes de façon disproportionnée, notamment les personnes autochtones, mais aussi la population carcérale et les personnes en situation d'itinérance¹³⁵. En Alberta et en C.-B., les membres des Premières Nations étaient jusqu'à cinq fois plus susceptibles de vivre une surdose liée aux opioïdes que les personnes ne faisant pas partie des Premières Nations¹³⁶. Il est important de reconnaître les limites importantes des données disponibles sur les surdoses accidentelles ou intentionnelles chez les personnes qui consomment des opioïdes¹³⁷. On estime que la proportion de suicides parmi les décès liés aux opioïdes est sous-estimée en raison d'une classification erronée des décès et du fait que l'on s'appuie sur le jugement humain pour déterminer le caractère intentionnel du geste (c.-à-d., les coroners ont peu de chance de connaître l'« intention » d'un défunt)¹³⁸.

Alors que la consommation d'alcool et d'opioïdes a été liée à des comportements suicidaires chez les hommes, la documentation scientifique sur la consommation de cannabis est moins concluante. Bien que l'examen et une méta-analyse de la littérature de Borges et ses collègues (2016)^{**139} aient montré des données probantes appuyant une relation entre la consommation chronique de cannabis et la suicidalité, il y avait un manque de données probantes appuyant la consommation aiguë de cannabis et le risque de suicide. Pour répondre à cette lacune, les auteurs ont signalé la nécessité de mener des études contrôlées auprès de grands échantillons de participants en faisant la distinction entre la consommation aiguë et chronique de cannabis¹⁴⁰. Avec la légalisation du cannabis au Canada, d'autres recherches sont requises pour comprendre dans quelle mesure et de quelle façon la consommation aiguë et chronique de cannabis pourrait influencer la santé mentale et les comportements suicidaires, le cas échéant, et pour déterminer si ces effets varient en fonction du sexe et/ou du genre.

Isolement social, solitude et perte d'interdépendance

L'isolement social, la solitude et la perte d'interdépendance sont d'importants facteurs de risque de pensées et de comportements suicidaires chez les hommes¹⁴¹⁻¹⁴⁷. Ces risques peuvent être exacerbés chez les hommes qui vivent une rupture conjugale et chez ceux qui vivent seuls. La recherche indique que les hommes présentent un risque accru de suicidalité après une rupture conjugale¹⁴⁸ et

** La suicidalité comprend les pensées suicidaires, l'intention suicidaire, la planification et/ou les comportements suicidaires, avec l'intention de mettre fin à sa vie.

que le fait d'être célibataire, non marié, divorcé ou veuf augmente significativement le risque de suicide^{149- 153}. Dans leur examen systématique, Kazan et ses collègues (2016) ont constaté que les hommes étaient six fois plus susceptibles que leur partenaire de mourir par suicide après une séparation. Bien que les effets de la séparation sur les comportements suicidaires aient été les plus élevés durant la période suivant directement la séparation, le risque de suicide est demeuré élevé pendant une période pouvant atteindre quatre ans¹⁵⁴. Des résultats similaires ont été observés après un divorce, alors qu'il a été montré que les hommes étaient jusqu'à huit fois plus susceptibles que les femmes de mourir par suicide après un divorce¹⁵⁵. La parentalité (ou le fait d'avoir des enfants) peut avoir un effet protecteur sur le risque de suicide chez les hommes. Dehara et ses collègues (2021) ont observé des taux de suicide moins élevés chez les pères d'un enfant (54 % inférieur), de deux enfants (64 %) et de trois enfants ou plus (59 %) que chez les hommes n'ayant pas d'enfants¹⁵⁶.

Shaw et ses collègues (2021) ont rapporté que, comparativement aux hommes vivant avec une partenaire, les hommes vivant seuls, ou avec une personne qui n'était pas considérée comme leur partenaire, présentaient un risque accru de décès par suicide, contrairement aux femmes vivant dans des situations similaires. Les auteurs ont aussi noté que les hommes qui ressentent de la solitude, ainsi que ceux qui vivent seuls ou avec une personne qui n'est pas considérée comme leur partenaire, présentent un risque de décès par suicide trois fois plus élevé que les hommes vivant en cohabitation et ne ressentant pas de solitude¹⁵⁷. Ces résultats suggèrent que la solitude peut être un facteur important qui a une incidence sur le risque de suicide chez ceux qui vivent seuls ou avec une personne qui n'est pas considérée comme étant leur partenaire.

Au cours d'une étude misant sur la méthodologie Photovoice et visant à examiner l'isolement social chez des hommes ayant des antécédents de suicidalité, Oliffe et ses collègues (2019) ont constaté que les thèmes dominants étaient l'éloignement des membres de la famille, la marginalité en contextes sociaux (p. ex., école, travail), l'aliénation par rapport aux services de santé mentale (en raison de la prestation potentielle de soins contre leur volonté), la consommation accrue de substances et les idées suicidaires¹⁵⁸. Ces résultats soulignent l'importance de l'isolement et de la solitude, tant en tant que facteurs de risque potentiels de suicidalité qu'en tant que facteurs aggravants chez ceux qui ont des antécédents de suicidalité.

Dépression

La dépression est un des facteurs de risque de suicide (incluant l'idéation suicidaire, les tentatives de suicide et le décès par suicide) le mieux établi et le plus étudié^{159- 163}. Chez les hommes, un diagnostic de dépression fait partie des facteurs prédictifs de comportements suicidaires les plus importants¹⁶⁴. Crump et ses collègues (2014) ont rapporté que la dépression augmentait de 15 fois le risque de suicide chez les hommes, alors que le risque est maximal dans la période qui suit le diagnostic¹⁶⁵. Comparativement à ceux qui ont reçu un diagnostic de troubles psychiatriques et somatiques sans dépression, le risque de suicide au cours des 13 semaines qui suivent un diagnostic de dépression était 18-32 fois plus élevé¹⁶⁶. Holmstrand et ses collègues (2015) ont montré que le risque de décès par suicide était 8,4 fois plus élevé chez les hommes atteints de dépression, tandis que le risque chez les femmes s'établissait à moins du tiers du risque chez les hommes, soit à 2,6. Les auteurs ont aussi constaté que le risque de suicide était particulièrement élevé (16,2 %) chez les hommes présentant un trouble de consommation d'alcool et une dépression¹⁶⁷. Bien que la dépression se soit révélée comme l'un des plus importants facteurs de risque de suicide chez les hommes, d'autres maladies et problèmes liés à la santé mentale, incluant l'anxiété, le trouble bipolaire, le trouble de la personnalité, le trouble de stress post-traumatique et la schizophrénie, ont aussi été liés à un risque accru de tentatives de suicide et de décès par suicide¹⁶⁸.

Les comorbidités physiques (p. ex., cancer de la prostate) et les antécédents d'expériences négatives vécues durant l'enfance (p. ex., abus sexuels) augmentent considérablement le risque de consommation problématique de substances, de dépression (particulièrement de dépression

masculine avec symptômes externalisés) et de suicide chez les hommes^{169- 173}. Les hommes qui affichent des symptômes de dépression masculine peuvent même présenter un risque de suicide plus élevé que ceux présentant des symptômes prototypiques (internalisés). Dans une étude menée par Rice et ses collègues (2018), les hommes ayant un profil externalisé marqué (incluant la consommation de substances, la colère et la prise de risque) étaient 14 fois plus susceptibles d'avoir eu un plan suicidaire récent et 21 fois plus susceptibles d'avoir fait une tentative de suicide au cours des quatre semaines précédentes, comparativement à ceux qui étaient asymptomatiques¹⁷⁴. Ces hommes étaient aussi quatre fois plus susceptibles d'avoir eu un plan suicidaire que les hommes présentant seulement des symptômes internalisés¹⁷⁵. Bien que la dépression soit un facteur de risque de suicide bien établi, il est important de reconnaître que de nombreux hommes qui meurent suite à un suicide ne présentaient pas de dépression ni d'autres maladies psychiatriques avant leur décès. Pour cette raison, il est essentiel de continuer à explorer de quelle façon et dans quelle mesure les déterminants sociaux de la santé influencent le risque de suicide chez les hommes.

Facteurs sociodémographiques

Chez les hommes, la recherche suggère que l'âge, l'éducation, la situation professionnelle et la géographie sont d'importants facteurs de risque.

- **Âge.** L'âge est un important facteur de risque de tentative de suicide et de décès lié au suicide chez les hommes^{176- 178}. Un examen de la portée réalisé par Oliffe et ses collègues (2021) a rapporté que les jeunes hommes peuvent être associés à un risque de suicide particulièrement élevé¹⁷⁹. Le taux de suicide chez les adolescents était deux fois plus élevé que le taux mesuré chez les adolescentes, et les garçons étaient moins susceptibles d'avoir eu accès à des services de santé et de santé mentale¹⁸⁰. Au Canada, le suicide est la deuxième cause de décès chez les hommes âgés de 15 à 39 ans¹⁸¹⁻¹⁸³. La dépression, l'intimidation et les abus étaient fortement associés aux pensées suicidaires, aux comportements suicidaires et au décès par suicide dans ce groupe d'âge¹⁸⁴. Il a aussi été montré que les hommes plus âgés (plus de 65 ans) présentaient aussi un risque élevé de suicide. Une étude a estimé que les hommes plus âgés étaient neuf fois plus susceptibles que les femmes plus âgées de mourir d'un suicide¹⁸⁵. Oliffe et ses collègues ont observé qu'une rupture conjugale, le stress lié au travail et aux finances, ainsi que la consommation de substances étaient les facteurs de risque de suicide qui étaient mentionnés le plus régulièrement chez les hommes (âges : 45-54 ans)¹⁸⁶.
- **Éducation.** Les personnes ayant un niveau d'instruction inférieur peuvent présenter un risque de suicide plus élevé^{187- 190}. Certaines études indiquent qu'un faible niveau d'instruction est un facteur de risque plus important chez les hommes (particulièrement chez les jeunes hommes et les hommes plus âgés) que chez les femmes^{191- 194}. Lorant et ses collègues (2021) ont constaté que le taux de suicide était deux fois plus élevé chez les hommes ayant un faible niveau d'éducation, comparativement à un risque 1,3 fois plus élevé chez les femmes ayant un faible niveau d'éducation¹⁹⁵. Cette relation peut s'expliquer en partie par une association de facteurs de risque de suicide comprenant un faible niveau d'éducation et d'autres déterminants sociaux de la santé (p. ex., revenu, emploi et conditions de travail, littératie, hébergement sûr, soutien social). Ces facteurs comprennent aussi des traumatismes vécus durant l'enfance, les problèmes de santé mentale, la consommation de substances, ainsi que les problèmes interpersonnels et relationnels, lesquels facteurs peuvent être plus courants chez les personnes qui ont un faible niveau d'éducation^{196,197}.
- **Chômage, perte d'emploi et difficultés financières.** Le chômage, une perte d'emploi et des difficultés financières représentent d'importants facteurs de risque de tentative de suicide et de décès dû à un suicide chez les hommes^{198- 209}. Mäki et ses collègues (2021) ont mentionné que, comparativement aux hommes employés, ceux qui occupaient un emploi à statut précaire étaient presque trois fois plus susceptibles de mourir par suicide, et ce risque était presque

quatre fois plus élevé chez les hommes au chômage depuis longtemps²¹⁰. Les conditions de travail et les éléments stressants au travail peuvent aussi être d'importants facteurs ayant une incidence sur le risque de suicide chez les hommes. Milner et ses collègues (2017) ont constaté que les hommes employés rapportant un faible contrôle lié à l'emploi, une précarité professionnelle et un salaire injuste étaient plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires que les hommes ayant de meilleures conditions de travail²¹¹. Pour de nombreux hommes, le travail est fortement lié à leur sens du devoir et à leur valorisation, car le travail peut offrir une structure et une routine dans leur vie²¹². En absence d'emploi ou de travail satisfaisant sur le plan financier, le sentiment identitaire des hommes peut s'éroder. Dans l'étude qualitative menée par Oliffe et ses collègues (2013) chez des hommes du Canada atteints de dépression, l'estime de soi et la réussite des hommes étaient étroitement liées à leur travail rémunéré, à leur réussite financière et matérielle, et en fin de compte à leur capacité à « assurer un rôle de pourvoyeur et de soutien de famille » (p. 1631)²¹³. Un sentiment de regret était exprimé par ceux qui n'avaient pas atteint leur plein potentiel sur le plan salarial, ce qui avait un impact négatif sur leur bien-être émotionnel. Chez les hommes s'approchant de la retraite, il y avait un fort sentiment de travail inachevé, de perte sur le plan de la structure et de la routine, et d'effritement lié au fait d'avoir un but important dans la vie, ce qui a mené certains hommes à ressentir une perte de motivation et à vivre une dépression²¹⁴. Les problèmes de santé mentale et physique ainsi que la consommation problématique d'alcool peuvent expliquer en partie les taux élevés de suicide chez les hommes sans emploi ou qui ont perdu leur travail, comparativement à ceux qui sont employés^{215- 219}.

- **Région rurale et éloignée.** Les hommes qui vivent en région rurale peuvent être plus susceptibles que les hommes qui vivent en milieu urbain de mourir par suicide (mais pas plus susceptibles de faire une tentative de suicide)²²⁰. Au Canada, on a montré que le risque de suicide était supérieur chez les hommes vivant en région rurale ou éloignée, incluant des taux élevés chez les jeunes faisant partie d'une minorité sexuelle^{221- 223}. Comparativement à leurs pairs qui vivent en milieu urbain, les adolescents qui font partie d'une minorité sexuelle et qui vivent en milieu rural étaient presque deux fois plus susceptibles d'avoir envisagé sérieusement de se suicider ou d'avoir tenté de se suicider au cours de la dernière année²²⁴. Durant les entrevues menées dans une petite ville rurale du Canada (2017) auprès de personnes ayant perdu un proche de sexe masculin (c.-à-d., fils, père, frère, ami, gendre) en raison du suicide,²²⁵ les participants ont mentionné la stigmatisation sociale entourant la santé mentale et la peur d'être perçu comme étant faible et vulnérable comme facteurs ayant ultimement mené les hommes à cacher leur dépression (et sa cause), la participation à des activités de prise de risque, de violence et d'agression, et l'automédication au lieu de chercher à obtenir de l'aide professionnelle²²⁶. Comparativement aux autres régions, les provinces des Prairies (c.-à-d., Alberta, Saskatchewan, Manitoba), connues pour réunir les régions les plus rurales du Canada, sont associées aux taux de suicide les plus élevés²²⁷. Ces taux élevés observés chez les hommes peuvent être attribuables à une forte adhésion aux idéaux masculins (p. ex., force, invulnérabilité), à un plus grand accès à des armes à feu, à l'isolement, à des professions à haut risque (p. ex., extraction de ressources naturelles, agriculture), à l'instabilité professionnelle, à l'incertitude économique, à la stigmatisation des troubles de santé mentale (incluant l'autostigmatisation et la stigmatisation sociale), au faible accès à des services de santé et de santé mentale, et à la forte consommation d'alcool et de drogues, en particulier chez les jeunes hommes^{228- 233}.
- **Itinérance et logement précaire.** Des taux exceptionnellement élevés d'idées suicidaires et de tentatives de suicide ont été signalés chez les personnes en situation d'itinérance et de précarité de logement^{234- 236}. Un examen systématique et une méta-analyse réalisés récemment ont rapporté une prévalence regroupée d'idéation suicidaire de 17,8 % (prévalence actuelle) et

de 41,6 % (prévalence à vie), ainsi qu'une prévalence regroupée de tentatives de suicide de 9,2 % (prévalence actuelle) et de 28,8 % (prévalence à vie) parmi les personnes en situation d'itinérance²³⁷. Dans une revue des dossiers du coroner de Toronto réalisée par Sinyor et ses collègues pour tous les décès par suicide survenus entre 1998 et 2012,²³⁸ 60 des 3 319 décès mettaient en cause des personnes en situation d'itinérance, et 230 décès mettaient en cause des personnes en situation de précarité de logement. La plupart des décès (83 %) survenus dans la population itinérante mettaient en cause des hommes²³⁹. L'itinérance temporaire, causée par une situation de logement instable et dangereuse peut aussi augmenter le risque de suicide chez les hommes de nombreuses populations. La dépendance à l'égard de relations pour avoir un logement stable peut augmenter le risque de suicide, que ce soit par une augmentation du potentiel de violence entre conjoints si le partenaire choisit de rester pour éviter d'être en situation d'itinérance^{240- 244} ou, en raison d'un manque de logement stable, par une (possible) augmentation du niveau d'anxiété, de consommation de substances et de chômage^{245- 253}. Des antécédents d'abus physique et/ou sexuel, de troubles de santé mentale et de consommation problématique de substances sont très fréquents chez les personnes en situation d'itinérance ou de logement précaire, et ils peuvent contribuer aux taux excessivement élevés de suicide dans cette population^{254,255}.

Antécédents de tentative de suicide

Les personnes qui font une tentative de suicide sont plus à risque de refaire une ou des tentatives subséquentes et de mourir, particulièrement dans les 12 mois suivant une tentative^{256- 263}. Comparativement aux femmes, les hommes peuvent être plus susceptibles de refaire une tentative de suicide et de mourir par suicide. Dans une enquête sur la rémission (c.-à-d., absence d'idées suicidaires) réalisée par Fuller-Thomson et ses collègues (2019) auprès de personnes ayant mentionné avoir déjà fait une tentative de suicide, les auteurs ont constaté qu'une rémission de tentatives de suicide était près de trois fois plus probable chez les femmes que chez les hommes²⁶⁴. Une étude menée par Bostwick et ses collègues (2016) a montré que 81,8 % des personnes qui ont fait une tentative de suicide sont mortes par suicide au cours de l'année suivante; de ce nombre, 80 % étaient des hommes²⁶⁵. Les adultes plus âgés et les hommes étaient associés à un risque accru de mourir suite à une tentative subséquente²⁶⁶. Cette observation à propos du risque accru chez les hommes a été étayée par plusieurs autres études^{267- 270}. Une étude menée par Finkelstein et ses collègues (2015), qui visait à examiner le risque de suicide et de mortalité après un premier épisode d'auto-intoxication, a constaté qu'un « âge plus avancé », une « dépression » et un « sexe masculin » figuraient parmi les plus importants facteurs prédictifs de décès par suicide²⁷¹.

Événements négatifs de la vie et violence conjugale

Les événements négatifs de la vie et les expériences négatives vécues durant l'enfance sont associés à l'apparition de troubles de santé mentale ainsi qu'à des tentatives de suicide et à des décès^{272- 280}. Dans une étude portant sur les traumatismes vécus durant l'enfance parmi des hommes cherchant à obtenir des soins psychiatriques en consultation externe au Canada, Kealy et ses collègues (2016) ont trouvé que les expériences négatives vécues durant l'enfance, incluant la négligence émotionnelle et les abus physiques ou émotionnels, étaient très fréquentes. Les taux d'abus signalés étaient beaucoup plus élevés que ceux observés dans les échantillons de population générale²⁸¹. Une étude menée par Afifi et ses collègues (2014) et portant sur les différents types de négligence envers les enfants et leur association avec les troubles de santé mentale²⁸² a montré que les sévices, les abus sexuels et l'exposition à de la violence conjugale durant l'enfance augmentaient le risque de tentative de suicide de l'ordre de 1,7, 1,5 et 1,2 fois, respectivement. Turner et ses collègues (2017) ont constaté que les hommes ayant subi des abus sexuels durant l'enfance ou ayant subi de tels abus en même temps que d'autres types de mauvais traitements durant l'enfance étaient beaucoup plus à

risque de présenter un trouble de santé mentale et de faire une tentative de suicide que les hommes ayant souffert de mauvais traitements, mais sans abus sexuels durant l'enfance²⁸³.

La violence conjugale^{284- 287} est aussi associée à des comportements suicidaires, incluant des idées suicidaires, des tentatives de suicide et des décès par suicide²⁸⁸. Au Canada, les hommes représentent 95 % des meurtres-suicides, et la forme la plus courante de meurtre-suicide met en scène un homme tuant leur partenaire²⁸⁹. Certaines données probantes suggèrent que le niveau de risque associé à la violence conjugale peut différer selon le fait que la personne est l'auteur de la violence, qu'elle en est la victime, ou les deux. Ulloa et Hammette (2016) ont fait état de résultats de santé mentale significativement moins bons, notamment sur le plan de la dépression et de la suicidalité, parmi ceux qui étaient tant les auteurs que les victimes de la violence, tandis que les taux de suicidalité étaient plus élevés chez les auteurs de la violence que chez les victimes²⁹⁰. Bien qu'il ne soit pas clair si les hommes sont plus touchés que les femmes par les expériences négatives vécues durant l'enfance, plusieurs des résultats bien documentés associés à des épreuves et à des traumatismes durant l'enfance sont aussi d'importants facteurs de risque de suicide chez les hommes (p. ex., dépression majeure, trouble de consommation d'alcool, trouble de consommation de substances et autres troubles de santé mentale, incluant l'anxiété et les tentatives de suicide)²⁹¹⁻²⁹³.

Sous-groupes d'hommes qui présentent un risque accru de suicide

Bien que les hommes représentent collectivement 75 % des décès par suicide au cours d'une année donnée, le risque de suicide varie considérablement entre différents groupes²⁹⁴. La documentation scientifique met en évidence plusieurs sous-groupes importants (au Canada, précisément) qui présentent un risque accru de suicide. De nombreux facteurs contribuent à ce risque et l'influencent, mais les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle particulièrement important parmi certains sous-groupes et peuvent modifier de façon disproportionnée leur taux de suicide. Ces facteurs comprennent le revenu, l'emploi et les conditions de travail, le niveau d'éducation, l'environnement physique, l'accès à des services de santé, l'orientation sexuelle, l'expression de genre, la culture, l'origine ethnique, etc.

La section suivante décrit les sous-groupes notables provenant d'une recherche qualitative sur le suicide, tant au Canada qu'à l'échelle internationale.

Hommes des Premières Nations, des Inuits et des Métis

Les hommes des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui vivent au Canada ont été identifiés comme une des populations touchées dont le risque de suicide était le plus disproportionné. Comparativement aux personnes non autochtones du pays, les taux de suicide sont neuf fois plus élevés chez les Inuits, trois fois plus élevés chez les Premières Nations et deux fois plus élevés chez les Métis²⁹⁵. Ces disparités sur le plan de la mortalité par suicide sont si frappantes que la prévention du suicide est devenue une priorité de santé publique pour les gouvernements et de nombreuses communautés autochtones^{296- 300}. D'après les résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (2011-2016), les taux de suicide chez les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves sont supérieurs à ceux mesurés chez ceux qui vivent à l'extérieur des réserves, et les taux sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes³⁰¹. Par rapport aux hommes de la population générale, les hommes autochtones présentent des taux plus élevés de comportements suicidaires³⁰². Des études ont montré que c'est particulièrement le cas chez les hommes inuits, où les tentatives de suicide sont 10 fois plus fréquentes chez les jeunes hommes inuits que chez les jeunes hommes non autochtones, tandis que les idées suicidaires sont plus

fréquentes chez les hommes inuits vivant à l'extérieur des réserves que chez les femmes inuites vivant à l'extérieur des réserves³⁰³.

Les chercheurs ont attiré l'attention sur les facteurs de risque de suicide uniques chez les personnes autochtones en lien avec leur traumatisme collectif. Les violences historiques et coloniales ont entraîné des traumatismes et des mauvais traitements intergénérationnels, des expériences négatives vécues durant l'enfance, l'érosion des structures familiales, un manque d'accès à des services de santé et à de l'éducation, ainsi qu'une augmentation de la consommation de substances^{304,305}. La colonisation a obligé l'installation forcée de tribus nomades dans des réserves, la relocalisation de tribus à l'écart de leurs terres traditionnelles, et le retrait d'enfants de leurs foyers pour les placer dans des pensionnats. Dans la deuxième moitié du XX^e siècle, des enfants ont également été retirés de foyers non autochtones ou d'orphelinats et placés en foyers d'accueil et en établissements de protection de l'enfance (ce que l'on appelle la rafle des années 1960)³⁰⁶⁻³⁰⁸. La rafle des années 1960 a engendré une dislocation culturelle et une confusion identitaire, ce qui est actuellement intimement lié au taux de suicide chez les personnes autochtones^{309,310}. Le système de protection de l'enfance du pays continue d'être particulièrement traumatisant pour les jeunes autochtones. Alors que 7 % des enfants au Canada s'identifient comme étant autochtones, ils représentent 52 % des enfants en foyers d'accueil³¹¹.

Au cours des dernières années, les chercheurs ont attiré l'attention sur les pactes de suicide chez les jeunes autochtones au Canada³¹²⁻³¹⁵. Décrits comme « un type particulier de pression par les pairs qui met en cause des comportements très risqués et suicidaires dans le contexte d'un "jeu" ou d'un "pacte" pouvant être planifié des jours ou des semaines à l'avance par des jeunes » (p. 21),³¹⁶ ces pactes de suicide ont été attribués au traumatisme intergénérationnel et aux expériences négatives vécues durant la petite enfance par les jeunes autochtones, en particulier dans les contextes ruraux et éloignés où l'accès aux services est difficile³¹⁷⁻³¹⁹. Ici, il est important de noter les nombreuses difficultés associées à l'obtention de renseignements sur la surveillance du suicide pour les populations autochtones au Canada, qui ont été attribuées à des facteurs tels que la sous-déclaration des suicides, les faibles taux de référence, l'accès aux données et l'accès géographique^{320,321}.

Minorités sexuelles et de genre

Les hommes qui font partie de minorités sexuelles et de genre (MSG) au Canada ont été identifiés comme une population clé touchée par un risque accru de suicide. En général, ils sont associés à des taux élevés de stigmatisation sociale, de troubles de santé mentale, de troubles liés à la consommation de substances et de suicidalité^{322,323}. Les groupes de MSG sont de deux à quatre fois plus susceptibles de présenter une dépression, et il sont de deux à cinq fois plus susceptibles de rapporter des tentatives de suicide au cours de leur vie que les personnes hétérosexuelles et cisgenres³²⁴. Une personne sur cinq s'identifiant comme faisant partie d'une minorité sexuelle (p. ex., lesbienne, gaie, bisexuelle) et une personne sur deux s'identifiant comme faisant partie d'une minorité de genre (p. ex., transgenre, non binaire) ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie³²⁵. Les taux d'idéation et de comportements suicidaires sont encore plus élevés au sein des groupes de minorité de genre qui (1) présentent des troubles concomitants de santé mentale et de consommation de substances, qui (2) font partie de minorités raciales, qui (3) vivent dans la pauvreté et qui (4) vivent avec des incapacités³²⁶. Les hommes qui sont en union avec un partenaire du même sexe présentent un risque accru de mortalité liée au suicide comparativement aux femmes qui sont en union avec un partenaire du même sexe³²⁷. Comparativement aux hommes hétérosexuels, les hommes qui font partie d'une minorité sexuelle (p. ex., gai, bisexuel, queer) sont associés à des taux supérieurs de suicidalité et/ou de suicide, et ils sont jusqu'à six fois plus susceptibles d'avoir des idées suicidaires³²⁸. Dans une étude, on a mesuré que la probabilité de faire une tentative de suicide était 16 fois plus élevée chez les personnes du sous-groupe qui présentaient au moins trois troubles

de santé concomitants (p. ex., dépression, anxiété, consommation de drogue, tabagisme, infection par le VIH)³²⁹. Il a aussi été montré que les hommes gais et bisexuels ayant des revenus annuels inférieurs à 30 000 \$ et n'ayant pas fait d'études universitaires étaient cinq fois plus susceptibles de faire une tentative de suicide que ceux ayant obtenu un diplôme universitaire et ayant un revenu supérieur à 30 000 \$^{330,331}.

Les chercheurs ont attiré l'attention sur les facteurs de risque uniques auxquels font face les hommes qui font partie des minorités sexuelles, comme l'intimidation, la victimisation, l'exclusion sociale liée au VIH, la stigmatisation, la violence due à l'homophobie, le faible niveau de connaissances sur la santé mentale et le risque accru de suicidalité après une thérapie de conversion³³²⁻³³⁵. Les chercheurs ont aussi mis en évidence des risques uniques pour les minorités de genre (incluant les hommes trans, les femmes trans et les personnes non binaires), notamment le fait d'être constamment associé de façon erronée à un genre par les personnes qui les entourent et le manque de services de santé favorisant l'affirmation de genre en raison de restrictions liées aux protocoles, des délais et de l'abordabilité³³⁶⁻³³⁸.

Groupes professionnels

Plusieurs groupes professionnels sont associés à un risque accru de comportements suicidaires. Des taux élevés d'idées suicidaires ont été observés chez des personnes qui travaillent au sein d'industries ayant plus facilement accès à des armes létales, qui sont exposées à des traumatismes professionnels et à des tâches dangereuses, et qui œuvrent au sein d'industries associées à un niveau élevé de stress et d'insécurité^{339,340}.

Les hommes qui font partie des forces armées (incluant le personnel militaire actif et déployé, le personnel des forces armées régulières, et les vétérans) sont associés à des taux élevés de problèmes de santé mentale (c.-à-d., dépression, anxiété, trouble de stress post-traumatique) et de suicidalité³⁴¹. Sareen et ses collègues (2016) ont trouvé que, comparativement aux civils au Canada, le personnel militaire était 1,3 et 1,7 fois plus susceptible d'avoir eu des idées suicidaires et un plan suicidaire au cours de la dernière année, respectivement³⁴². Alors que les idées suicidaires chez les femmes faisant partie des forces armées ont diminué au fil du temps, la prévalence des idées suicidaires au cours de la vie et de la dernière année chez les hommes faisant partie des forces armées est demeurée inchangée³⁴³. Oliffe et ses collègues (2021) ont observé que l'exposition à des traumatismes professionnels et à des événements traumatiques liés à un déploiement — en association avec des troubles physiques, des antécédents de mauvais traitements durant l'enfance et des troubles psychiatriques préexistants — a contribué aux taux supérieurs de suicidalité chez ces hommes³⁴⁴.

Les personnes responsables de la sécurité publique (c.-à-d., pompiers, policiers, ambulanciers) sont aussi associées à un taux de suicidalité plus élevé au cours de leur vie comparativement à la population générale, avec une prévalence supérieure chez les ambulanciers et les travailleurs correctionnels qui sont célibataires, divorcés, séparés ou veufs^{345,346}.

De plus, les groupes professionnels qui effectuent des tâches principalement manuelles (p. ex., construction, agriculture et extraction des ressources) sont associés à des taux élevés de suicide en raison de l'incertitude économique, de la stigmatisation des troubles de santé mentale, de l'isolement social et de la solitude, de la consommation accrue d'alcool, des mauvaises conditions de travail, et d'un manque d'accès à des services de santé mentale³⁴⁷⁻³⁵¹. Plusieurs de ces métiers peuvent être saisonniers ou intermittents, ce qui oblige les hommes à parcourir de plus grandes distances et à passer plus de temps loin de leur famille et des autres systèmes de soutien³⁵².

Immigrants et réfugiés

Bien que la littérature ne mette pas nécessairement en évidence des taux de suicide plus élevés parmi les immigrants canadiens (par rapport aux non immigrants), certaines données suggèrent que le risque de suicide est plus élevé chez les hommes que chez les femmes^{353,354}. Dans une étude basée sur la population et visant à examiner le suicide chez des immigrants récents de l'Ontario, Saunders et ses collègues (2019) ont signalé que les taux de suicide étaient presque deux fois plus élevés chez les hommes immigrants que chez les femmes immigrantes (4,4 par 100 000 hommes comparativement à 2,5 par 100 000 femmes)³⁵⁵. Un examen systématique et une méta-analyse portant sur le suicide chez les immigrants et les réfugiés ont estimé que la prévalence du suicide chez les réfugiés était de 10 %, ce qui est environ cinq fois plus élevé que dans la population globale des immigrants³⁵⁶. Contrairement aux immigrants qui se sont relocalisés de leur propre initiative au Canada, les populations de réfugiés peuvent être associées à un risque accru de suicide en raison de facteurs tels que le stress, les traumatismes causés par le déplacement, et la violence subie avant ou pendant la procédure de réinstallation³⁵⁷. Des taux élevés de trouble de stress post-traumatique et de dépression ont été observés chez les réfugiés au Canada, probablement en raison des facteurs de stress prémigratoires, migratoires et post-migratoires liés au bien-être physique, aux finances, au logement, à l'éducation et à la santé³⁵⁸. La littérature fait également ressortir le sous-signalement de la maladie mentale et des comportements suicidaires chez certains groupes d'immigrants et de réfugiés en raison des perceptions culturelles qui peuvent limiter la sensibilisation à l'égard de la santé mentale (p. ex., stigmatisation, déshonneur, honte, criminalité)^{359,362}. Dans certains cas, les immigrants et les réfugiés signalent des douleurs physiques plutôt que des symptômes psychologiques³⁶³. C'est particulièrement le cas pour les populations touchées par un conflit, chez lesquelles la douleur et la souffrance psychologiques ont été normalisées dans la vie de tous les jours ou ont été considérées comme moins importantes que le fait de se trouver un logement ou un emploi³⁶⁴⁻³⁶⁶. Les populations d'immigrants et de réfugiés du Canada peuvent aussi être confrontées à des obstacles liés à la langue, à la culture, aux finances, aux temps d'attente (plus longs) et à la stigmatisation quand elles ont accès à des services de santé mentale, ce qui peut rendre plus difficile l'accès au soutien nécessaire³⁶⁷.

Groupes racialisés

Les groupes racialisés, comme les communautés africaines, caribéennes et noires, les Asiatiques du Sud-Est et les populations latino-américaines, peuvent être associés à un risque accru de suicide. La discrimination parmi les groupes racialisés a été associée à des taux accrus de dépression et de pensées suicidaires³⁶⁸. Les taux de suicide chez les hommes racialisés d'Amérique du Nord sont élevés; par exemple, les hommes afro-américains sont quatre à six fois plus susceptibles de mourir par suicide que les femmes afro-américaines^{369,370}. Toomey et ses collègues (2019) ont constaté que les adolescents (âges : 11-19 ans) latino-américains qui s'identifiaient comme étant bisexuels, lesbiens et/ou gais étaient 1,2-1,4 fois plus susceptibles de faire une tentative de suicide que les adolescents hétérosexuels qui n'étaient pas latino-américains³⁷¹.

L'importance de l'intersectionnalité

Bien que des études sur la suicidalité aient mis l'accent sur certains sous-groupes d'hommes, la littérature récente souligne l'importance de la relation entre l'intersectionnalité et le suicide^{372,373}. L'intersectionnalité examine les dynamiques entre des identités sociales coexistantes (p. ex., intersections entre le genre et l'origine ethnique) et les systèmes de pouvoir ou d'oppression³⁷⁴. L'étude de Ferlatte et ses collègues (2018) portant sur de récentes tentatives de suicide chez des hommes gais et bisexuels pour différentes variables sociodémographiques³⁷⁵ a noté la plus forte concentration de tentatives de suicide chez ceux qui ne détenaient pas un diplôme universitaire et dont le revenu annuel était inférieur à 30 000 \$³⁷⁶. De même, la recherche portant sur les

populations autochtones indique que le risque de suicide chez les personnes bispirituelles est beaucoup plus élevé que chez les personnes autochtones hétérosexuelles³⁷⁷. Cela peut être attribuable aux expériences de l'homophobie et de l'isolement, aux taux plus élevés de consommation de substances et aux expériences traumatisantes³⁷⁸. Pour mettre au point des interventions appropriées répondant aux facteurs uniques qui augmentent le risque de suicide, il est important d'examiner et de comprendre les effets conjugués de multiples identités marginalisées^{379,380}.

Quel a été l'effet de la COVID-19 chez les hommes?

Des rapports portant sur les premiers stades de la pandémie ont révélé une augmentation importante des symptômes d'anxiété et de dépression chez les Canadiens ainsi qu'une augmentation de la solitude, de l'isolement social et de la consommation problématique de substances^{381- 387}. Certains rapports ont aussi noté une augmentation des comportements suicidaires et des cas d'automutilation³⁸⁸. Alors que de nombreux rapports suggèrent que la COVID-19 a touché les femmes de manière disproportionnée (tant en termes de perte d'emploi que de santé mentale), la pandémie a amplifié les facteurs de risque préexistants de suicide chez les hommes, comme la perte d'emploi, l'insécurité financière, l'isolement social et la consommation de substances. Étant donné l'importance de l'influence de ces facteurs de risque sur les comportements suicidaires, l'impact potentiel et observé de la pandémie chez les hommes ne doit pas être négligé. La section suivante présente un aperçu de la littérature sur la COVID-19 en lien avec la santé mentale et le suicide chez les hommes.

Vulnérabilité à la COVID-19

Les survivants de la COVID-19 peuvent présenter un risque accru de problèmes de santé mentale et de suicide en raison du stress associé à un diagnostic de COVID-19, à une hospitalisation et à une admission aux soins intensifs en lien avec la COVID-19, à la perte de revenu, à l'apparition de symptômes physiques et à des troubles neurologiques³⁸⁹. La recherche portant sur les différences entre les sexes en lien avec la COVID-19 suggère que les hommes peuvent être associés à une vulnérabilité supérieure à l'infection, à une maladie plus sévère et à des résultats plus défavorables comparativement aux femmes. Dans une étude de cohorte portant sur l'ensemble de la population de l'Ontario, Stall et ses collègues (2020) ont observé que les hommes avaient subi moins de tests de dépistage pour la COVID-19 et étaient associés à des taux supérieurs d'infection confirmée en laboratoire, d'hospitalisation, d'admission aux soins intensifs et de décès comparativement aux femmes³⁹⁰. Ces différences peuvent s'expliquer en partie par les taux supérieurs de comorbidités préexistantes, de participation à des comportements à haut risque (p. ex., tabagisme, consommation d'alcool) et à un respect moindre des mesures préventives contre la COVID-19 (p. ex., lavage des mains, port du masque, distanciation physique) observés chez les hommes³⁹¹.

Déclin de la santé mentale et détresse psychologique

Des enquêtes et des sondages nationaux ont montré que les taux de détresse psychologique, d'anxiété et de dépression ont augmenté durant la pandémie^{392- 398}. Bien qu'une proportion supérieure de femmes ait signalé une détérioration de la santé mentale, les taux de stress, d'anxiété et de dépression autodéclarés étaient également élevés chez les hommes. Un sondage réalisé en juillet 2021 par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) a révélé que 17,6 % des hommes se sentaient déprimés et que 16,2 % ressentaient une anxiété modérée à sévère³⁹⁹. Dans une enquête réalisée par Ogrodniczuk et ses collègues (2021) sur l'impact psychosocial de la pandémie sur la demande d'aide chez les hommes⁴⁰⁰, 79,3 % ont indiqué que leur santé mentale avait été touchée de façon négative par la COVID-19, et 42,2 % ont mentionné avoir des pensées suicidaires⁴⁰¹. Dans le cadre d'un récent sondage réalisé par l'organisation Movember, les deux tiers des hommes (âgés de 18 à 54 ans) au Canada ont dit qu'ils avaient eu des problèmes de santé mentale depuis le début de la pandémie⁴⁰².

Perte d'emploi et insécurité financière

Il a été montré que la perte d'emploi et l'insécurité financière augmentent la vulnérabilité à la maladie mentale et au suicide^{403- 407}. Une recherche portant sur les précédentes récessions économiques montre une association entre un taux de chômage élevé et un taux de suicide élevé,

particulièrement chez les hommes^{408- 412}. Les sondages nationaux réalisés durant la pandémie révèlent que la détérioration de la santé mentale et la consommation excessive d'alcool sont plus prononcées chez ceux qui ont perdu leur emploi, qui ne travaillent plus en raison de la pandémie, et qui sont inquiets à propos de leurs finances^{413,414}. L'Enquête sur la population active de Statistique Canada (menée au début de la pandémie) a révélé que 14,6 % des hommes avaient perdu leur emploi en date d'avril 2020, et qu'une proportion supérieure d'hommes (comparativement aux femmes) avaient perdu un emploi à temps plein (92,9 % par rapport à 69,9 %, respectivement)⁴¹⁵. Bien que le taux de chômage ait considérablement diminué depuis ce temps, les répercussions potentielles des pertes d'emploi et de revenus chez les hommes au début de la pandémie doivent être prises en compte pour évaluer le risque de suicide et pour mettre en place des efforts continus en prévention du suicide. L'étude portant sur la demande d'aide chez les hommes qui a été réalisée par Ogrodniczuk et ses collègues (2021) a également révélé qu'en raison de la pandémie, le quart des répondants avaient perdu leur emploi, 17 % travaillaient moins d'heures et la moitié avaient vécu au moins un stress financier modéré⁴¹⁶.

Consommation problématique d'alcool et de substances

Il a été montré que la consommation d'alcool et de drogue ainsi que les troubles liés à la consommation de substances augmentent significativement le risque de tentatives de suicide et de mortalité liée au suicide^{417- 419}. Les données recueillies durant la pandémie ont révélé des augmentations de la consommation d'alcool et de cannabis, et ces augmentations ont été plus prononcées chez les hommes^{420- 422}. Dans une série de sondages réalisés par le CAMH, considérablement plus d'hommes que de femmes ont indiqué avoir participé à des beuveries⁴²³ – une tendance qui est demeurée stable de mai 2020 à juillet 2021. Une série de sondages réalisés par la CSMC et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (CCDUS) durant la pandémie a révélé que, comparativement aux femmes, davantage d'hommes ont signalé une consommation problématique de substances⁴²⁴. Plus précisément, 28 % des hommes qui consommaient de l'alcool (avant la pandémie) ont mentionné que leur consommation d'alcool était problématique, et 43 % des hommes qui consommaient du cannabis (avant la pandémie) ont mentionné que leur consommation de cannabis était problématique (comparativement à 16 et 32 % chez les femmes, respectivement)⁴²⁵.

Isolement social, solitude et rupture conjugale

De nombreuses mesures de santé publique adoptées durant la pandémie (p. ex., décrets ordonnant de rester à la maison, fermeture des entreprises non essentielles) ont eu un impact sur la capacité des personnes à avoir accès à leurs réseaux sociaux et structures de soutien habituels. Le chômage et la perte d'emploi conjugués avec les décrets ordonnant de rester à la maison ont significativement réduit l'intégration sociale parmi les personnes vivant au Canada. L'isolement social, la solitude et les ruptures conjugales sont d'importants facteurs de risque de suicide, particulièrement chez les hommes^{426- 428}. Certaines données anecdotiques montrent que les taux de séparation et de divorce ont augmenté au Canada tout au long de la pandémie^{429,430}. Une recherche menée par Ogrodniczuk et ses collègues (2021), portant sur l'impact psychosocial de la COVID-19 chez les hommes qui cherchent à obtenir de l'aide, a révélé que ceux qui vivent seuls ont subi les répercussions les plus importantes sur le plan de la santé mentale, tandis que 40 % ont mentionné que la pandémie avait eu un impact négatif sur leur relation avec leur partenaire intime⁴³¹. Il est particulièrement préoccupant de noter que le tiers des répondants ont mentionné avoir pris part à une certaine forme d'abus envers leur partenaire intime, et que 27,3 % des répondants avaient subi une forme d'abus de la part de leur partenaire intime⁴³². Une autre recherche suggère que les hommes se sentent seuls, se connectent virtuellement moins souvent avec leur famille et leurs amis, et ont senti que leurs relations avec leurs amis et leurs collègues s'étaient effritées depuis l'adoption des décrets ordonnant de rester à la maison et des mesures imposant la distanciation sociale^{433- 435}.

Demande d'aide

Les hommes sont moins susceptibles que les femmes de demander de l'aide pour des difficultés de santé mentale,⁴³⁶ et ils sont environ deux fois moins susceptibles de demander de l'aide auprès d'un professionnel en santé mentale et/ou d'un omnipraticien⁴³⁷. À l'automne 2020, près d'une personne sur cinq au Canada a mentionné avoir besoin d'une certaine aide en santé mentale⁴³⁸. Parmi ces personnes, 45 % ont indiqué que leurs besoins n'avaient pas été comblés ou n'avaient été que partiellement comblés⁴³⁹. Dans le sondage de la CSMC et du CCDUS sur la santé mentale et la consommation de substances durant la pandémie de COVID-19, les hommes étaient moins susceptibles d'avoir eu accès à un traitement en santé mentale au cours du mois précédent⁴⁴⁰. Les données de l'enquête nationale réalisée au Canada et aux États-Unis ont montré que de nombreux hommes ont tardé à consulter un médecin pour des questions de santé non liées à la COVID-19 au début de la pandémie (particulièrement chez ceux âgés de 18 à 34 ans) et qu'ils étaient moins susceptibles que les femmes de chercher à obtenir de l'aide pour gérer les changements liés à leur vie causés par la COVID-19 ou de se connecter virtuellement avec un travailleur ou un conseiller en santé mentale⁴⁴¹⁻⁴⁴³. Depuis le début de pandémie, les professionnels de la santé ont noté une augmentation de la demande pour des services de santé mentale, ainsi que leur capacité limitée à répondre aux besoins des patients en raison de leur propre maladie et de leur niveau croissant d'anxiété et de dépression, ce qui a entraîné de plus longs délais d'attente et des pénuries de personnel^{444,445}. Pour ceux n'ayant pas accès au téléphone, à un ordinateur et/ou à Internet (p. ex., ceux vivant en régions rurales et éloignées, ceux en situation d'itinérance ou de logement précaire), la prestation virtuelle de services de santé mentale a probablement créé des obstacles additionnels à la demande d'aide.

Sous-groupes vivant dans des milieux marginalisés

La COVID-19 a amplifié des facteurs de risque de suicide connus, particulièrement chez certains sous-groupes de la population. Les données de l'enquête nationale recueillies durant la pandémie révèlent que les personnes autochtones et les personnes s'identifiant comme 2SLGBTQ+ ont rapporté une détérioration plus importante de leur santé mentale ainsi qu'une augmentation de la consommation d'alcool et de cannabis, de l'automutilation ainsi que des idées et des pensées suicidaires, comparativement à la population générale⁴⁴⁶⁻⁴⁴⁹.

Brennan et ses collègues (2020) ont examiné dans quelle mesure la distanciation sociale pourrait avoir eu un impact chez les hommes gais, bisexuels, queer, trans, bispirituels, et chez les autres hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (GBT2Q+)⁴⁵⁰. Dans une discussion sur les résultats du sondage Sexe au présent de 2019-2020 du Centre de recherche communautaire, les auteurs ont noté que 21 % des hommes GBT2Q+ interrogés ont rapporté des scores de dépression supérieurs aux seuils de dépistage cliniques avant la pandémie. Près de 60 % ont mentionné qu'ils voulaient obtenir de l'aide pour un problème de santé mentale auquel ils étaient confrontés; parmi ceux-ci, 19 % avaient besoin d'aide pour gérer des pensées suicidaires⁴⁵¹. Étant donné les taux élevés de soutien nécessaire en lien avec la dépression et la santé mentale chez les personnes GBT2Q+ avant la pandémie, et compte tenu de l'impact de la COVID-19 sur leur capacité à avoir accès aux structures de soutien et aux ressources habituelles (p. ex., perte des exutoires sociaux, perturbation des services et ressources communautaires en santé mentale et sexuelle, report ou annulation de chirurgies favorisant l'affirmation de genre), des efforts ciblés sont nécessaires pour comprendre et gérer les répercussions potentielles de la pandémie sur la santé mentale et les comportements suicidaires au sein de ce groupe^{452,453}.

Les inégalités préexistantes sur le plan social et de la santé conjuguées à des perturbations liées aux pratiques culturelles et collectives peuvent faire en sorte que les personnes autochtones et leurs communautés sont plus à risque d'avoir de mauvais résultats sur le plan de la santé physique et

mentale, et ce, tant pendant qu'après la pandémie⁴⁵⁴. Jenkins et ses collègues (2021), qui ont exploré l'impact de la pandémie sur la santé mentale au Canada, ont observé que les répondants autochtones vivaient un plus grand stress lié à la violence familiale physique et émotionnelle et qu'ils étaient associés à une augmentation de la consommation d'alcool, des idées et des pensées suicidaires comparativement aux répondants non autochtones⁴⁵⁵. Bien que la COVID-19 ait eu des répercussions négatives chez les personnes autochtones, il est important de reconnaître les limites des données disponibles, lesquelles ont davantage mis l'accent sur les l'impact négatif de la pandémie sur la santé mentale plutôt que sur la résilience et les ressources de la communauté en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des réponses novatrices pour faire face à la COVID-19⁴⁵⁶. Dans un éditorial portant sur les enjeux soulevés par la pandémie chez les communautés autochtones, Power et ses collègues (2020) soulignent l'importance de reconnaître que de nombreuses personnes autochtones ont réagi face à ces enjeux et s'y sont adaptés :

Les personnes autochtones ont survécu à l'adversité historique et contemporaine en faisant preuve d'ingéniosité et de résilience. En dépit de la marginalisation des personnes autochtones dans les interventions des pays pour faire face à la COVID-19, les communautés autochtones mettent en place leurs propres mesures par l'entremise d'approches universelles visant à gérer non seulement la propagation de la COVID-19, mais aussi à gérer les besoins attribuables à la pauvreté, au logement et à l'insécurité alimentaire (p. 2739)⁴⁵⁷.

Pratiques pour la prévention du suicide chez les hommes

Compte tenu des taux élevés de suicide chez les hommes au Canada, ainsi que des répercussions observées et potentielles de la COVID-19 sur les facteurs de risque de suicide, il est essentiel que les initiatives de prévention du suicide continuent d'être fondées sur des données probantes et élaborées et adaptées pour les hommes. Aux fins de la présente synthèse de données, ces approches ont été définies comme « les interventions, programmes ou services particuliers visant à réduire l'incidence des suicides, des comportements suicidaires ou des idées suicidaires chez les hommes, ou les stratégies employées par les hommes eux-mêmes (ou par leurs proches) en vue de gérer les comportements suicidaires et/ou de promouvoir la recherche d'aide » (p. 81)⁴⁵⁸.

La section suivante décrit les pratiques exemplaires et prometteuses en prévention du suicide chez les hommes à l'échelle individuelle et communautaire.

Pratiques exemplaires

Cette section présente les pratiques retrouvées dans la littérature qui mettent l'accent sur le contexte canadien. La définition de l'Agence de la santé publique du Canada a^{††} été utilisée pour guider la recherche et l'identification des pratiques exemplaires en prévention du suicide chez les hommes.

Connaissances sur la santé mentale chez les hommes

Comme mentionné précédemment, les hommes affichent un niveau inférieur de connaissances sur la santé mentale comparativement aux femmes,^{459,460} et ils peuvent avoir de la difficulté à reconnaître les signes et les symptômes de la dépression masculine⁴⁶¹. Les initiatives de prévention du suicide, lorsqu'elles sont communiquées en utilisant un langage accessible, compréhensible et inclusif pour les hommes d'horizons divers, ont permis de faire évoluer leurs connaissances sur la santé mentale⁴⁶²⁻⁴⁶⁴. Le fait de présenter et d'expliquer des sujets complexes (p. ex., la dépression masculine, les troubles liés à la consommation de substances) pour aider les hommes connaître et à appliquer les stratégies de promotion de la santé représente aussi une stratégie importante^{465,466}. Les études portant sur des hommes qui ont fait une tentative de suicide soulignent aussi l'importance d'améliorer les connaissances en santé mentale auprès des proches et des membres de la famille afin d'améliorer le soutien continu⁴⁶⁷.

Formation des sentinelles

L'Organisation mondiale de la Santé recommande la formation de sentinelles dans le cadre d'une stratégie globale de prévention du suicide⁴⁶⁸. De telles interventions visent à améliorer la détection précoce des idées et des comportements suicidaires en formant un grand nombre de membres de la

^{††} « Une pratique exemplaire est une intervention, un programme ou une initiative qui, dans le cadre de nombreuses mises en œuvre, a démontré une forte incidence (changements positifs liés aux objectifs souhaités), un haut degré d'adaptabilité (adaptation et transférabilité réussies dans différents milieux) et une grande qualité des données probantes (qualité de la méthodologie de recherche ou d'évaluation, qui vient confirmer l'importance des résultats et les données sur l'adaptabilité). » Voir l'Agence de la santé publique du Canada. (sans date) *Le portail canadien des recherches exemplaires : Type d'intervention – Pratiques exemplaires.* <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/search-interventions/>

communauté pour qu'ils puissent reconnaître les personnes à risque et les diriger vers les ressources appropriées (p. ex., premiers soins en santé mentale, ASIST, safeTALK). Des programmes de formation de sentinelles ont été mis en œuvre en mettant l'accent sur les populations à haut risque de suicide, incluant le personnel militaire, les jeunes et les communautés autochtones⁴⁶⁹⁻⁴⁷¹. De nombreuses études ont rapporté une baisse des suicides chez les stagiaires et chez ceux qui suivent sur les réseaux sociaux divers types de formation de sentinelles qui ciblent les populations communautaires entières⁴⁷². Bien que cette initiative se soit révélée être une pratique exemplaire chez les populations entières, les chercheurs ont identifié qu'il était possible d'adapter cette formation pour d'autres populations à risque, comme les minorités sexuelles et de genre (MSG)⁴⁷³. D'après une enquête de 2017 menée auprès de la communauté 2SLGBTQ+ au Canada, 95 % des répondants ont soulevé un intérêt envers la formation de sentinelles adaptée en fonction des facteurs de risque spécifiques aux MSG (p. ex., discrimination fondée sur le sexe et le genre, stigmatisation et stress liés au VIH)⁴⁷⁴. On recommande que la formation des sentinelles soit évaluée dans le contexte de la population desservie, et qu'elle soit élaborée en fonction des facteurs de risque spécifiques vécus par la communauté en question.

Campagnes de sensibilisation

Les campagnes de sensibilisation à la prévention du suicide comprennent l'utilisation d'affiches, de dépliants, de sites Web, ainsi que des stratégies de communication générale afin d'accroître la formation au sein du public. Les campagnes visant précisément les hommes ont mis l'accent sur la transmission d'informations sur les symptômes de dépression ainsi que sur les ressources locales où ils peuvent chercher de l'aide⁴⁷⁵. Ces campagnes ont été particulièrement efficaces quand l'information était adaptée en fonction du quand et du comment les hommes peuvent obtenir de l'aide⁴⁷⁶. Des études ont aussi permis de constater que la distribution d'information propre à la dépression masculine était également bénéfique pour les hommes⁴⁷⁷. Il est important de noter que les campagnes de sensibilisation liées à des programmes élargis de prévention du suicide dans leurs régions locales se sont révélées prometteuses pour réduire les taux de suicide et les comportements suicidaires, comparativement aux campagnes qui ne sont pas liées à des initiatives élargies⁴⁷⁸. Il est recommandé que les campagnes de sensibilisation offrent de l'information pour améliorer les connaissances sur la santé mentale et pour continuer à briser la stigmatisation, la désinformation et les stéréotypes sur les traitements et les médicaments⁴⁷⁹.

Accès sécuritaire aux méthodes

Une explication possible du paradoxe des comportements suicidaires en lien avec le genre⁴⁸⁰ est l'utilisation de méthodes plus violentes et létales dans les tentatives de suicide chez les hommes^{481,482}. Au Canada, les principales méthodes de suicide utilisées par les hommes sont la suffocation, suivie par l'utilisation d'armes à feu et l'empoisonnement⁴⁸³. Il existe beaucoup de données probantes montrant que la restriction de l'accès aux méthodes létales et l'adoption de stratégies pour assurer un accès sécuritaire aux méthodes (qui mettent l'accent sur la collaboration avec les professionnels en santé mentale et la prise de décision autonome) sont des stratégies efficaces en prévention du suicide⁴⁸⁴⁻⁴⁸⁷. Les stratégies globales pour l'accès sécuritaire aux méthodes peuvent comprendre notamment la mise en place de barrières de sécurité sur les ponts, la déclaration de la possession d'armes à feu, l'utilisation de boîtes à clés pour les médicaments à la maison, et la mise en œuvre de programmes d'élimination sécuritaire pour certains médicaments⁴⁸⁸⁻⁴⁹¹. Des études ont aussi souligné les avantages d'assurer une couverture médiatique responsable et d'offrir de la formation sur l'accès sécuritaire aux méthodes⁴⁹²⁻⁴⁹⁷.

Plans de sécurité et soutien continu en cas de crise

L'objectif d'un plan de sécurité est de réduire le risque de suicide chez les personnes ayant des idées suicidaires et/ou des comportements suicidaires. Élaborés conjointement avec un fournisseur de

soins de santé, les plans de sécurité comprennent des stratégies d'adaptation personnalisées, des ressources de soutien en cas de crise, et de l'information sur la restriction de l'accès aux méthodes létales⁴⁹⁸. D'autres considérations peuvent être bénéfiques, notamment la participation des parents proches et des amis dans l'élaboration des plans de sécurité, étant donné que la prise de décision des hommes avant une tentative de suicide peut être « affectée par l'impulsivité et l'absence de raisonnement ou de perception systématique à l'égard des autres options disponibles » (p. 266)⁴⁹⁹. L'élaboration d'un plan de sécurité a longtemps été considérée comme une stratégie exemplaire pour réduire le risque de suicide chez les personnes ayant des idées et des comportements suicidaires^{500,501}. De récentes études de comparaison révèlent que les patients qui ont eu accès à des interventions de planification sécuritaire étaient deux fois moins susceptibles d'avoir des comportements suicidaires, et ils étaient plus de deux fois plus susceptibles de suivre un traitement en santé mentale durant la période de suivi de six mois, comparativement aux patients qui n'ont pas eu accès à de telles interventions⁵⁰². Lors de l'élaboration d'un plan de sécurité après une tentative de suicide, on recommande la mise en place d'une technique de gestion de cas qui assure un contact avec la personne moins d'une semaine après la tentative, suivi de six mois de soutien psychologique continu⁵⁰³.

Pratiques prometteuses

Cette section présente plusieurs pratiques pour la prévention du suicide chez les hommes au Canada. La définition de l'Agence de la santé publique du Canada a^{‡‡} été utilisée pour guider la recherche et l'identification des pratiques prometteuses en prévention du suicide chez les hommes.

Redéfinir la « masculinité » pour encourager la demande d'aide

Au cours des dernières années, des chercheurs ont commencé à discuter du concept de la « multiplicité des masculinités », qui reconnaît l'existence de masculinités fluides et dynamiques ne se limitant pas à la masculinité hégémonique ou traditionnelle^{504,505}. Reconnaisant dans quelle mesure les normes masculines traditionnelles peuvent limiter la demande d'aide, les approches en prévention du suicide ont tenté de redéfinir la façon dont la masculinité est conçue de manière à faciliter l'expression des émotions^{506,507}. Le concept de « pluralité des masculinités » élaboré par Connell⁵⁰⁸ a « offert un cadre important permettant d'adapter le genre et les autres déterminants sociaux aux programmes de promotion de la santé communautaire chez les hommes » (p. 1231)⁵⁰⁹. Plus récemment, des chercheurs ont discuté de la façon dont un modèle de masculinité positive pouvait encourager les hommes et les fournisseurs de soins de santé à élaborer conjointement un concept de masculinité qui s'appuie sur le désir de perfectionnement individuel des hommes en vue d'améliorer leur santé mentale^{510,511}. Des approches en prévention du suicide pour les hommes ont montré qu'elles pouvaient réduire le risque de suicide en permettant aux participants de redessiner des frontières plus flexibles autour de la « masculinité » afin de permettre l'expression des émotions tout en mettant l'accent sur le rétablissement pour favoriser les pratiques qui incitent les hommes à obtenir de l'aide^{512,513}.

‡‡ « Une pratique prometteuse s'entend d'une intervention, d'un programme, d'un service ou d'une stratégie qui a le potentiel (ou "qui promet") de devenir une pratique exemplaire. Les pratiques prometteuses en sont souvent aux premières étapes de la mise en œuvre et, par conséquent, n'ont pas la même force sur les plans de l'incidence, de l'adaptabilité et de la qualité des données probantes que les pratiques exemplaires. Toutefois, leur potentiel repose sur des fondements théoriques solides de l'intervention. » Voir l'Agence de la santé publique du Canada. (sans date) *Le portail canadien des recherches exemplaires : Type d'intervention – Pratiques prometteuses*. <https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/search-interventions/>

Évaluation de programme et intersectionnalité

Pour être efficaces, les approches en prévention du suicide chez les hommes dépendent grandement de la mesure dans laquelle elles s'appuient sur les intersections (formellement évaluées) avec les déterminants sociaux de la santé pour les populations desservies⁵¹⁴. En évaluant les taux de suicide et les comportements suicidaires en adoptant un point de vue intersectionnel, les chercheurs et les professionnels en santé mentale peuvent tenir compte des différentes identités et expériences des groupes desservis (précisément en ce qui a trait à leurs expériences en termes de discrimination et de désavantages) et concevoir des approches en prévention du suicide qui sont appropriées sur le plan de la culture, de l'origine ethnique, de la géographie et du genre.

Par exemple, Salami et ses collègues (2019) ont observé qu'en Alberta l'obstacle le plus important à l'accès aux services de santé mentale chez les immigrants et les réfugiés était la langue⁵¹⁵. En guise de réponse directe à cette observation, des approches ciblées en prévention du suicide ont veillé à ce que des interprètes soient disponibles pour accompagner les patients⁵¹⁶. Gross et ses collègues (2016) ont évalué un programme de prévention du suicide pour les hommes dans la communauté de Downtown Eastside, à Vancouver⁵¹⁷. En raison de son modèle novateur qui consiste à réunir des hommes dans un espace sécuritaire tout en honorant les principes de guérison autochtone (p. ex., enseignements du cercle de médecine, participation régulière des aînés), les auteurs ont observé que le programme répondait efficacement à une lacune importante dans les services de santé, en particulier pour les hommes autochtones de la communauté. Les participants ont rapporté plus souvent des niveaux supérieurs de qualité de vie, de bien-être spirituel, de bienfaits en santé mentale, de confiance sur le plan de la santé, de santé physique, ainsi que de soutien social et par les pairs, ce qui correspondait aux éléments clés de l'approche du cercle de médecine⁵¹⁸.

Couvrant un vaste éventail de facteurs sociaux et économiques, les déterminants sociaux de la santé offrent un contexte pour déterminer la capacité d'une personne donnée à avoir accès à des services de santé, incluant à du soutien en santé mentale comme des conseils et des médicaments. De récentes études ont commencé à cibler les populations à risque, comme les hommes autochtones pour éclairer les pratiques orientées sur les traumatismes, et les hommes qui font partie des minorités sexuelles (c.-à-d., gais, bisexuels, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) pour mettre l'accent sur la stigmatisation liée au VIH⁵¹⁹⁻⁵²¹. Ferlatte et ses collègues (2018) ont noté qu'en tenant compte des multiples identités présentes chez les hommes, les approches en prévention du suicide peuvent « gérer de multiples axes des inégalités sociales, incluant ceux liés au revenu, à l'origine ethnique, au niveau d'éducation, à l'identité sexuelle et au milieu de vie » (p. 1521)⁵²². L'évaluation du programme doit demeurer étroitement lié aux déterminants sociaux de la santé vus par la lentille de l'intersectionnalité, tout en évaluant continuellement son efficacité à différents jalons et échéanciers du programme⁵²³.

Augmentation de la sensibilisation et de la détection des symptômes de la dépression masculine

En plus d'évaluer les symptômes prototypiques de la dépression à l'aide d'échelles comme le questionnaire PHQ-9, une recherche récente recommande aux professionnels de la santé d'utiliser certains outils pour évaluer les symptômes propres à la dépression masculine⁵²⁴. De tels outils comprennent notamment l'échelle MDRS-22 (Male Depression Risk Scale) et l'échelle MDS (Masculine Depression Scale)⁵²⁵⁻⁵²⁸. Étant donné que les hommes peuvent avoir tendance à attendre que leurs besoins soient graves avant d'obtenir des services, la détection précoce des symptômes de dépression masculine (et l'orientation subséquente vers des soins en santé mentale) peut diminuer leur risque de suicide⁵²⁹⁻⁵³¹. De plus, le fait de redéfinir la dépression comme étant un trouble médical, tout en s'appuyant sur du soutien orienté vers l'action qui met l'accent sur l'avenir plutôt que sur l'émotion, a permis d'améliorer les comportements en matière de recherche d'aide chez les

hommes⁵³². Bien que ces échelles adaptées aient révélé qu'elles augmentent la détection des symptômes de dépression masculine, d'autres recherches doivent être menées sur diverses populations d'hommes ayant activement des idées et des comportements suicidaires⁵³³.

Évaluation du risque de suicide adaptée aux hommes

Des études ont souligné l'importance potentielle de réaliser une évaluation spéciale du risque de suicide pour les hommes dans les services d'urgence, car ils sont plus susceptibles de chercher de l'aide pour des raisons non liées à la santé mentale⁵³⁴⁻⁵³⁶. Des études portant sur des hommes décédés par suicide ont montré qu'au cours du mois précédent leur décès, environ 45 % avaient reçu des services de soins de santé, et environ 20 % avaient reçu des services de santé mentale^{537,538}. Il est aussi important pour les professionnels de la santé de réaliser des évaluations du risque de suicide au cours des consultations non liées à des raisons de santé mentale que d'orienter ces patients vers les services appropriés quand un risque de suicide est détecté^{539,540}. Bien qu'il n'y ait aucun instrument spécial recommandé pour un tel dépistage, les évaluations spécialisées du risque de suicide peuvent inclure le fait de porter une attention spéciale aux facteurs de risque propres aux hommes (p. ex., dépression masculine, consommation de substances, expériences négatives vécues durant l'enfance)⁵⁴¹. Les chercheurs recommandent aussi un dépistage chez les hommes qui présentent des comorbidités physiques (p. ex., cancer de la prostate) pour évaluer le risque de suicide potentiel⁵⁴².

Amélioration des relations médecin-patient

Les médecins sont souvent le premier point de contact des hommes lorsque ceux-ci cherchent de l'aide⁵⁴³. Des études ont révélé une importante association positive entre les perceptions des hommes quant à la qualité de leur relation avec leur médecin et leur volonté à recevoir du soutien en santé mentale⁵⁴⁴. Compte tenu de la recherche actuelle sur les limitations que l'attitude des omnipraticiens à l'égard des hommes et des femmes peut avoir sur la relation médecin-patient⁵⁴⁵ (p. ex., avec les hommes, accorder moins de temps lors des consultations, offrir des explications plus brèves, être moins susceptible de diagnostiquer une maladie mentale), il est important que les médecins soient au courant de tous biais conscients ou inconscients liés au genre et qu'ils sachent dans quelle mesure ces biais peuvent influencer sur leurs interactions avec leurs patients.

De la formation sur les compétences en matière de genres peut être une façon utile d'enseigner aux médecins comment réfléchir à leur socialisation liée au genre et à son impact sur les rencontres clinique et, en fin de compte, d'améliorer la qualité des interventions en prévention du suicide chez les hommes⁵⁴⁶. Une telle formation doit aussi comprendre des pratiques favorisant l'affirmation de genre afin de réduire l'attribution erronée d'un genre à des patients en fonction de leur sexe assigné à la naissance⁵⁴⁷⁻⁵⁴⁹. Une amélioration des comportements en matière de recherche d'aide a été observée dans les relations fondées sur la confiance, la communication et la collaboration avec les fournisseurs de soins de santé^{550,551}.

Conformément à la nature essentielle d'une relation médecin-patient positive, les approches en prévention du suicide qui mettent l'accent sur l'amélioration des connaissances sur la santé mentale chez les omnipraticiens ont entraîné une augmentation des demandes de consultation en santé mentale et une amélioration des comportements en matière de recherche d'aide chez les patients^{552,553}. Dans une étude portant sur le processus Photovoice réalisée par Oliffe et ses collègues (2021), un homme gai dans la mi-quarantaine a décrit l'aide qu'il a reçue après une tentative de surdose :

Quelqu'un m'a écouté, soit le psychiatre à la clinique de santé pour étudiants et le médecin. Ils ont bien compris ce qui se passait, et ils me l'ont expliqué. Comme me l'avait dit mon précédent médecin, « arrête de te plaindre », et il avait été mon médecin depuis toujours. Donc c'est ce que je pensais qu'il fallait que je fasse, mais j'ai refusé d'abandonner, et je me suis dit : « Je vais aller rencontrer les gens de cette clinique pour voir ce qu'ils

pourraient faire pour moi ». Et j'ai rencontré cette femme médecin, elle était formidable et elle m'a fait me sentir normal. Elle m'a dit que tout allait bien et qu'elle pourrait m'aider. Elle a immédiatement planifié un rendez-vous avec un psychiatre et elle m'a prescrit des médicaments(p 424)⁵⁵⁴.

Mise en œuvre d'approches de prévention du suicide en contextes informels

Plusieurs études ont souligné l'importance des espaces communautaires adaptés aux hommes pour les rejoindre et pour favoriser leur participation. Ces approches comprennent des interventions qui favorisent l'interaction sociale⁵⁵⁵ et qui encouragent les liens avec des confidents (amis, voisins et autres personnes de la collectivité)⁵⁵⁶. Certaines recherches indiquent que les hommes peuvent préférer des environnements qui mettent en place des mesures se déroulant « côte à côte » et orientées sur l'action en dehors d'un environnement clinique formel, plutôt qu'une thérapie « face à face » orientée sur la discussion^{557,558}. Ces études ont aussi souligné la préférence des hommes pour du soutien informel dans le cadre d'espaces de formation continue, où les personnes peuvent partager des connaissances ou des habiletés grâce au mentorat (p. ex., trempage du verre, mécanique automobile, camping)⁵⁵⁹. Il est important que des programmes soient mis en place pour offrir du soutien approprié sur le plan culturel qui tient compte de l'environnement socio-économique et culturel, ainsi que des inégalités sous-jacentes^{560,561}. Les activités qui permettent aux participants de redéfinir et d'étendre le concept de « masculinité » sont également importantes^{562,563}.

Ressources et soutien en ligne

L'Internet est l'un des principaux endroits où les hommes cherchent de l'aide quand ils ont des idées ou des comportements suicidaires. Rice et ses collègues (2014) ont mentionné que les hommes sont deux fois plus susceptibles de chercher des ressources en ligne que de consulter un professionnel des soins de santé⁵⁶⁴. La portée, l'accessibilité et la flexibilité d'Internet pour la recherche d'aide de façon autonome en font un outil prometteur pour les approches des hommes en prévention du suicide⁵⁶⁵. Les approches de prévention en ligne, qui se sont développées de manière exponentielle en raison de la pandémie,⁵⁶⁶ ont mis l'accent sur la formation des compétences, la consultation et les connaissances en santé mentale⁵⁶⁷. Des études portant sur divers types de soutien anonyme ont montré que les hommes ont tendance à préférer la communication par courriel ou par l'entremise de plateformes de cybersanté mentale qui offrent du soutien à distance^{568,569}. Ces types de soutien permettent aux hommes de dévoiler leurs pensées suicidaires tout en préservant l'anonymat⁵⁷⁰. Il a également été montré que les plateformes virtuelles réduisent significativement les délais d'attente au Canada⁵⁷¹.

Ces ressources et le soutien en ligne doivent faire l'objet d'une surveillance étroite de la part des professionnels en santé mentale pour veiller à ce qu'on y utilise un langage sécuritaire et qu'on y retrouve des ressources appropriées en prévention du suicide. Lorsque c'est nécessaire, ces ressources et ce soutien en ligne doivent orienter les personnes vers du soutien individualisé auprès de professionnels en santé mentale⁵⁷². En ce qui a trait à l'amélioration de l'adoption parmi les hommes, plusieurs éléments se démarquent, comme l'utilisation d'un langage clair, la mise de l'avant de témoignages d'hommes, la normalisation de la demande d'aide, et l'utilisation de stratégies interactives pour améliorer les connaissances sur la santé mentale⁵⁷³. Malgré l'accessibilité et l'utilisation croissantes du soutien en ligne, les chercheurs ont souligné le manque de programmes spécifiques pour les hommes souffrant de dépression⁵⁷⁴.

Groupes de soutien

La recherche a examiné les façons par lesquelles les groupes de soutien favorisent les facteurs de protection en vue de prévenir le suicide chez les hommes. Des études ont montré que les hommes préféreraient les programmes qui encouragent les liens sociaux et qui mettent l'accent sur l'entraide entre hommes⁵⁷⁵. Ces programmes d'entraide entre les pairs ont permis à des hommes de tisser des

liens avec d'autres hommes ayant vécu des expériences similaires et de remettre en question la notion selon laquelle « tout le monde est indifférent à ce qui leur arrive »⁵⁷⁶. Dans certains cas, comme dans les programmes de transition pour vétérans, de tels types de soutien fournissent des stratégies orientées sur l'action pour gérer des événements traumatiques de la vie⁵⁷⁷. L'opportunité de réfléchir aux liens sociaux et de prendre en considération les conséquences sociales pour les êtres chers semble aussi exercer une forte influence en vue de dissuader les tentatives de suicide⁵⁷⁸. Les groupes de soutien visant à offrir aux hommes des outils pour favoriser les connaissances sur la santé mentale par l'entremise de modèles de leadership partagé se sont avérés très prometteurs⁵⁷⁹. Plutôt que de se fier uniquement aux forces extérieures pour empêcher les hommes de se faire du mal, les concepts intégrés de leadership et de résilience peuvent faciliter la prise de décision et la responsabilité en vue de choisir la vie ou de modifier des comportements néfastes⁵⁸⁰. Dans le cadre d'une étude qualitative menée par Kivari et ses collègues (2018), un vétéran de l'armée a réfléchi aux bienfaits des groupes de soutien dans le cadre d'un programme de transition pour vétérans :

« Tout le monde dans le groupe était en mesure de réfléchir à l'histoire qui leur était racontée et de dire : « Votre histoire me touche parce que j'ai vécu une expérience similaire, ça m'est aussi arrivé. » Nous disions : « Wow, nous avons vécu le même type d'enfance. » C'est une chose positive. Même si votre enfance a été horrible, vous vous retrouvez soudainement dans une pièce avec quatre ou cinq hommes qui disent : « Mon ami, je suis exactement comme toi » ou « On est tous les deux pareils ». Ça contribue beaucoup à faire en sorte que l'on ne se sent plus seul (p. 245)⁵⁸¹.

Établir des relations personnelles plus solides

Les relations personnelles peuvent être d'importants facteurs de protection pour la santé mentale et la prévention du suicide chez les hommes. En termes de relations amoureuses, il a été montré que les hommes préfèrent parler de problèmes de santé mentale avec leur être cher⁵⁸². Inversement, des études ont montré des taux élevés de décès par suicide chez les hommes séparés, ce qui souligne le manque de données probantes dans les programmes existants pour les hommes séparés⁵⁸³. Reconnaissant les facteurs de risque entourant un historique de violence conjugale, des études ont mis l'accent sur les programmes de prévention portant sur le rôle des hommes en tant que pères et parents⁵⁸⁴⁻⁵⁸⁷. Ces études ont constaté que le fait de percevoir la paternité en tant que « pourvoyeur » et « protecteur » joue aussi un rôle de facteur de protection⁵⁸⁸. Un sentiment du devoir et d'obligation renforcé a motivé les hommes à remettre en question le suicide⁵⁸⁹. Des discussions sur les rôles des genres et l'égalité avec les femmes ont aussi été associées à des relations plus saines et plus équitables⁵⁹⁰. Ces programmes ont le potentiel de favoriser la demande d'aide chez les hommes tout en atténuant les expériences négatives vécues durant l'enfance chez leurs enfants actuels ou éventuels.

Conclusion

Au cours des quatre dernières décennies, les hommes ont représenté la plupart des décès par suicide au Canada⁵⁹¹⁻⁵⁹³. Des experts ont indiqué que ces taux élevés chez les hommes sont attribuables en partie aux différences en ce qui a trait à leur expérience et à leur expression de la dépression, à leurs faibles connaissances sur la santé mentale, à leurs niveaux inférieurs de demande d'aide et d'utilisation des services, et aux taux supérieurs de stigmatisation de la santé mentale, ce qui contribue globalement aux taux supérieurs de maladie mentale sous-diagnostiquée et non traitée⁵⁹⁴⁻⁶⁰². Les hommes sont également plus susceptibles d'utiliser des méthodes létales lors d'une tentative de suicide (c.-à-d., suffocation, armes à feu), ce qui augmente significativement leur risque de mourir⁶⁰³⁻⁶⁰⁶. La recherche sur la santé mentale et le suicide chez les hommes montre que les normes masculines que les hommes « doivent » observer ou qu'ils se sentent obligés de respecter (p. ex., force, ténacité, autonomie, stoïcisme) alimentent les attitudes, les croyances et les comportements négatifs liés à la santé mentale et aux bienfaits de la demande d'aide (par les

hommes et les professionnels de la santé)^{607- 610} . Compte tenu de cet impact négatif, on recommande que les initiatives en prévention du suicide visent à exploiter, à remanier et à redéfinir la « masculinité » afin d'améliorer la reconnaissance et l'expression des émotions et de la demande d'aide. Un tel recadrage peut aider à éliminer la stigmatisation entourant la maladie mentale chez les hommes, améliorant ainsi la qualité des interactions avec les fournisseurs de soins de santé et traçant de nouvelles voies pour l'établissement de relations personnelles plus solides.

Pour prévenir efficacement le suicide chez les hommes, il est également essentiel de continuer à faire de la recherche sur les symptômes de la dépression masculine, en particulier chez différents sous-groupes, et de fournir aux professionnels de la santé de l'information et des outils nécessaires pour dépister et traiter ces symptômes en conséquence. Il est aussi important d'élaborer et d'améliorer les ressources liées aux connaissances sur la santé mentale afin d'aider les hommes à reconnaître les signes de maladie mentale, tant chez eux-mêmes que chez les autres, notamment les possibles signes de la dépression masculine.

Il est également clair d'après la littérature que le risque de suicide varie considérablement entre les différents sous-groupes⁶¹¹. Les hommes des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ou qui font partie d'une minorité sexuelle ou de genre, de même que les immigrants, les réfugiés ou ceux qui occupent certains métiers sont associés à un risque élevé de suicide^{612- 620}. Ces groupes sont associés à une conjugaison unique de facteurs de risque liés à la stigmatisation sociétale, à l'exclusion sociale, ainsi qu'à l'exposition à des traumatismes, à de mauvais traitements et à de la violence, incluant l'homophobie, la relocalisation, des abus sexuels et physiques, et de la violence historique et coloniale^{621- 634}. Des taux élevés de consommation de substances, le faible accès à des services et à de l'éducation en santé et en santé mentale, ainsi que des obstacles financiers, langagiers et culturels peuvent accentuer les facteurs de risque chez ces groupes^{635- 649}. Le fait de comprendre l'impact des déterminants sociaux de la santé sur le suicide ainsi que les divers facteurs de risque chez certains sous-groupes favorisera l'élaboration d'initiatives appropriées en prévention du suicide qui seront adaptées aux besoins et aux expériences de ces groupes.

Les résultats présentés dans la présente synthèse de données renforcent la notion selon laquelle le suicide est un phénomène complexe et multifactoriel, et que le risque de suicide varie considérablement entre les personnes et les sous-groupes. En reconnaissant que la pandémie a amplifié les facteurs de risque préexistants de suicide chez les hommes, en particulier chez certains sous-groupes, il est maintenant plus essentiel que jamais de s'engager dans la prévention du suicide chez les hommes.

Ces résultats entraînent aussi des répercussions plus larges sur la prévention à l'échelle de la collectivité, en sachant que pour chaque décès par suicide, jusqu'à 135 personnes sont touchées directement ou indirectement⁶⁵⁰. Pour chaque homme qui meurt par suicide au Canada, de nombreuses personnes – incluant des membres de la famille, des amis et des membres de la collectivité – sont oubliées. Les chercheurs, les professionnels de la santé et les professionnels en santé mentale doivent adopter le concept de résilience d'une manière à améliorer le choix et le désir de vivre des hommes. L'élaboration et la mise en œuvre de stratégies de prévention pour les hommes – comme les campagnes de sensibilisation, la formation de sentinelles, et les thérapies de groupe, ainsi que les stratégies visant à atténuer les obstacles à l'accès au soutien en santé mentale chez les hommes et ceux touchés par leur suicide – sont essentielles pour assurer le bien-être mental des hommes et pour veiller au succès des efforts visant à promouvoir la vie et à prévenir le suicide qui sont déployés en leur nom.

Références

- ¹ Agence de la santé publique du Canada (2020). *Données sur le suicide au Canada* [infographie]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/donnees-suicide-canada-infographie.html>
- ² Agence de la santé publique du Canada (2020). *Données sur le suicide au Canada* [infographie].
- ³ Statistique Canada. (2022). Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge (tableau 13-10-0394-01). Consulté le 7 février 2022, à l'adresse https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310039401&request_locale=fr
- ⁴ Freeman, A., Mergl, R., Kohls, E., Székely, A., Gusmao, R., Arensman, E., Koburger, N., Hegerl, U., & Rummel-Kluge, C. (2017). A cross-national study on gender differences in suicide intent. *BMC Psychiatry*, 17(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1398-8>
- ⁵ Hawton, K. (2000). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour [commentaire]. *British Journal of Psychiatry*, 177(6), 484-485. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.484>
- ⁶ Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11102320/>
- ⁷ Varin, M., Orpana, H. M., Palladino, E., Pollock, N. J., & Baker, M. M. (2021). Trends in suicide mortality in Canada by sex and age group, 1981 to 2017: A population-based time series analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 66(2), 170-178. <https://doi.org/10.1177/0706743720940565>
- ⁸ Varin, et al. (2021). Trends in suicide mortality in Canada by sex and age group, 1981 to 2017: A population-based time series analysis.
- ⁹ Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>.
- ¹⁰ Richardson, C., Robb, K. A., & O'Connor, R. C. (2021). A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors. *Social Science and Medicine*, Article 113831. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113831>
- ¹¹ Richardson, et al. (2021). A systematic review of suicidal behaviour in men: A narrative synthesis of risk factors.
- ¹² Statistique Canada. (2021). Profil du recensement, Recensement de 2016. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=PR&Code1=01&Geo2=&Code2=&SearchText=Canada&SearchType=Beings&SearchPR=01&B1=All&TABID=1&type=0>
- ¹³ Statistique Canada. (2022). Estimations de la population, trimestrielles (tableau 17-10-0009-01). Consulté le 7 février 2022, à l'adresse https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000901&request_locale=fr
- ¹⁴ Statistique Canada. (2022). Estimations de la population, trimestrielles (tableau 17-10-0009-01).
- ¹⁵ Statistique Canada. (2021). Profil du recensement, Recensement de 2016.
- ¹⁶ Statistique Canada. (15 juin 2021). Un portrait statistique des différentes communautés LGBTQ2+ du Canada. *Le Quotidien*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210615/dq210615a-fra.htm>
- ¹⁷ Standish, K. (2021). A coming wave: Suicide and gender after COVID-19. *Journal of Gender Studies*, 30(1), 114-118. <https://doi.org/10.1080/09589236.2020.1796608>
- ¹⁸ Oliffe, J. L., Rossnagel, E., Seidler, Z. E., Kealy, D., Ogradniczuk, J. S., & Rice, S. M. (2019). Men's depression and suicide [Review]. *Current Psychiatry Reports*, 21(10), 103. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1088-y>
- ¹⁹ American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*. <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- ²⁰ Cavanagh, A., Wilson, C. J., Kavanaugh, D. J., & Caputi, P. (2017). Differences in the expression of symptoms in men versus women with depression: A systematic review and meta-analysis. *Harvard Review of Psychiatry*, 25(1), 29-38. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000128>

- ²¹ Martin, L. A., Neighbors, H. W., & Griffith, D. M. (2013). *The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication*. *JAMA Psychiatry*, 70(10), 1100-1106. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1985>
- ²² Zajac, I. T., Rice, S., Proeve, M., Kealy, D., Oliffe, J. L., & Ogrodniczuk, J. S. (2020). *Suicide risk, psychological distress and treatment preferences in men presenting with prototypical, externalising and mixed depressive symptomology*. *Journal of Mental Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1755026>
- ²³ Seidler, Z. E., Dawes, A. J., Rice, S. M., Oliffe, J. L., & Dhillon, H. M. (2016). *The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review*. *Clinical Psychology Review*, 49, 106-118. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.09.002>
- ²⁴ Oliffe, J. L., & Phillips, M. J. (2008). *Men, depression and masculinities: A review and recommendations*. *Journal of Men's Health*, 5(3), 194-202. <https://doi.org/10.1016/j.jomh.2008.03.016>
- ²⁵ Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., Kealy, D., Seidler, Z. E., Dhillon, H. M., & Oliffe, J. L. (2019). *Validity of the Male Depression Risk Scale in a representative Canadian sample: Sensitivity and specificity in identifying men with recent suicide attempt*. *Journal of Mental Health*, 28(2), 132-140. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417565>
- ²⁶ Magovcevic, M., & Addis, M. E. (2008). *The Masculine Depression Scale: Development and psychometric evaluation*. *Psychology of Men and Masculinity*, 9(3), 117-132. <https://doi.org/10.1037/1524-9220.9.3.117>
- ²⁷ Seidler, et al. (2016). *The role of masculinity in men's help-seeking for depression: A systematic review*.
- ²⁸ Oliffe, et al. (2008). *Men, depression and masculinities: A review and recommendations*.
- ²⁹ Rice, et al. (2019). *Validity of the Male Depression Risk Scale in a representative Canadian sample: Sensitivity and specificity in identifying men with recent suicide attempt*.
- ³⁰ Magovcevic & Addis. (2008). *The Masculine Depression Scale: Development and psychometric evaluation*.
- ³¹ Martin, et al. (2013). *The experience of symptoms of depression in men vs women: Analysis of the National Comorbidity Survey Replication*.
- ³² Martin, et al. (2013).
- ³³ Seidler, et al. (2016).
- ³⁴ Jewkes, R., Morrell, R., Hearn, J., Lundqvist, E., Blackbeard, D., Lindegger, G., Quayle, M., Sikweyiya, Y., & Gottzén, L. (2015). *Hegemonic masculinity: Combining theory and practice in gender interventions*. *Culture, Health and Sexuality*, 17(Suppl. 2), 112-127. <https://doi.org/10.1080/13691058.2015.1085094>
- ³⁵ Seidler, et al. (2016).
- ³⁶ King, T. L., Shields, M., Sojo, V., Daraganova, G., Currier, D., O'Neil, A., King, K., & Milner, A. (2020). *Expressions of masculinity and associations with suicidal ideation among young males*. *BMC Psychiatry*, 20, Article 228. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2475-y>
- ³⁷ Garfield, C. F., Isacco, A., & Rogers, T. E. (2008). *A review of men's health and masculinity*. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 2(6), 474-487. <https://doi.org/10.1177/1559827608323213>
- ³⁸ Milner, A., Shields, M., & King, T. (2019). *The influence of masculine norms and mental health on health literacy among men: Evidence from the ten to men study*. *American Journal of Men's Health*, 13(5), 1-9. <https://doi.org/10.1177/1557988319873532>
- ³⁹ Vogel, D. L., & Heath, P. J. (2016). *Men, masculinities, and help-seeking patterns*. In Y. J. Wong & S. R. Wester (Eds.), *APA handbook of men and masculinities* (pp. 685-707). American Psychological Association.
- ⁴⁰ McDermott, R. C., Smith, P. N., Borgogna, N., Booth, N., Stephani, G., & Sevig, T. D. (2018). *College students' conformity to masculine role norms and help-seeking intentions for suicidal thoughts*. *Psychology of Men and Masculinity*, 19(3), 340-351. <https://doi.org/10.1037/men0000107>
- ⁴¹ Seidler, et al. (2016).
- ⁴² King, et al. (2020). *Expressions of masculinity and associations with suicidal ideation among young males*.
- ⁴³ Garfield, et al. (2008). *A review of men's health and masculinity*.
- ⁴⁴ Milner, et al. (2019). *The influence of masculine norms and mental health on health literacy among men: Evidence from the ten to men study*.
- ⁴⁵ Vogel & Heath. (2016). *Men, masculinities, and help-seeking patterns*.
- ⁴⁶ McDermott, et al. (2018). *College students' conformity to masculine role norms and help-seeking intentions for suicidal thoughts*.

- ⁴⁷ Moss-Racusin, C. A., Phelan, J. E., & Rudman, L. A. (2010). When men break the gender rules: Status incongruity and backlash against modest men. *Psychology of Men and Masculinity*, 11(2), 140-151. <https://doi.org/10.1037/a0018093>
- ⁴⁸ Seidler, et al. (2016).
- ⁴⁹ Garfield, et al. (2008).
- ⁵⁰ Milner, et al. (2019).
- ⁵¹ Vogel & Heath. (2016).
- ⁵² McDermott, et al. (2018).
- ⁵³ Levant, R. F., & Wimer, D. J. (2014). Masculinity constructs as protective buffers and risk factors for men's health. *American Journal of Men's Health*, 8(2), 110-120. <https://doi.org/10.1177/1557988313494408>
- ⁵⁴ Sileo, K. M., & Kershaw, T. S. (2020). Dimensions of masculine norms, depression, and mental health service utilization: Results from a prospective cohort study among emerging adult men in the United States. *American Journal of Men's Health*, 14(1), 1-16. <https://doi.org/10.1177/1557988320906980>
- ⁵⁵ Levant & Wimer. (2014). Masculinity constructs as protective buffers and risk factors for men's health.
- ⁵⁶ Agence de la santé publique du Canada (2019). Lutte contre la stigmatisation : vers un système de santé plus inclusif, <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/organisation/publications/rapports-etat-sante-publique-canada-administrateur-chef-sante-publique/lutte-contre-stigmatisation-vers-systeme-sante-plus-inclusif.html>
- ⁵⁷ Yanos, P. T., Roe, D., & Lysaker, P. H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 73-93. <https://doi.org/10.1080/15487761003756860>
- ⁵⁸ American Psychiatric Association. (2022). Stigma, prejudice and discrimination against people with mental illness. <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>
- ⁵⁹ Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. S., Gordon, S. J., Creighton, G., Kelly, M. T., Black, N., & Mackenzie, C. (2016). Stigma in male depression and suicide: A Canadian sex comparison study. *Community Mental Health Journal*, 52(3), 302-310. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9986-x>
- ⁶⁰ Lynch, L., Long, M., & Moorhead, A. (2018). Young men, help-seeking, and mental health services: Exploring barriers and solutions. *American Journal of Men's Health*, 12(1), 138-149. <https://doi.org/10.1177/1557988315619469>
- ⁶¹ Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11-27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>
- ⁶² Oliffe, et al. (2016). Stigma in male depression and suicide: A Canadian sex comparison study.
- ⁶³ Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollit, P. (1997). Public beliefs about causes and risk factors for depression and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(3), 143-148. <https://doi.org/10.1007/BF00794613>
- ⁶⁴ Gibbons, R. J., Thorsteinsson, E. B., & Loi, N. M. (2015). Beliefs and attitudes towards mental illness: An examination of the sex differences in mental health literacy in a community sample. *PeerJ*, 3, Article e1004. <https://doi.org/10.7717/peerj.1004>
- ⁶⁵ Seidler, et al. (2016).
- ⁶⁶ Milner, et al. (2019).
- ⁶⁷ Milner, et al. (2019).
- ⁶⁸ Oliffe, J. L., Hannah-Leith, M. N., Ogrodniczuk, J. S., Black, N., Mackenzie, C., Lohan, M., & Creighton, G. (2016). Men's depression and suicide literacy: A nationally representative Canadian survey. *Journal of Mental Health*, 25(6), 520-526. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1177770>
- ⁶⁹ Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E., Rössler, W., & Rüsch, N. (2016). Mental health literacy, attitudes to help seeking, and perceived need as predictors of mental health service use: A longitudinal study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(4), 321-324. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000488>
- ⁷⁰ Coles, M. E., & Coleman, S. L. (2010). Barriers to treatment seeking for anxiety disorders: Initial data on the role of mental health literacy. *Depression and Anxiety*, 27(1), 63-71. <https://doi.org/10.1002/da.20620>

- ⁷¹ Seidler, et al. (2016).
- ⁷² Seidler, et al. (2016).
- ⁷³ Seidler, Z. E., Wilson, M. J., Kealy, D., Oliffe, J. L., Ogradniczuk, J. S., & Rice, S. M. (2021). Men's dropout from mental health services: Results from a survey of Australian men across the life span. *American Journal of Men's Health*, 15(3), 1-12. <https://doi.org/10.1177/15579883211014776>
- ⁷⁴ Seidler, et al. (2016).
- ⁷⁵ Oliffe & Phillips. (2008). *Men, depression and masculinities: A review and recommendations*.
- ⁷⁶ Rice, S. M., Oliffe, J. L., Kealy, D., Seidler, Z. E., & Ogradniczuk, J. S. (2020). Men's help-seeking for depression: Attitudinal and structural barriers in symptomatic men. *Journal of Primary Care and Community Health*, 11, 1-6. <https://doi.org/10.1177/2150132720921686>
- ⁷⁷ Cleary, A. (2017). Help-seeking patterns and attitudes to treatment amongst men who attempted suicide. *Journal of Mental Health*, 26(3), 220-224. <https://doi.org/10.3109/09638237.2016.1149800>
- ⁷⁸ Cleary. (2017). *Help-seeking patterns and attitudes to treatment amongst men who attempted suicide*.
- ⁷⁹ Seidler, et al. (2021). Men's dropout from mental health services: Results from a survey of Australian men across the life span.
- ⁸⁰ Seidler, Z. E., Rice, S. M., Kealy, D., Oliffe, J. L., & Ogradniczuk, J. S. (2020). Once bitten, twice shy: Dissatisfaction with previous therapy and its implication for future help-seeking among men. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 55(4), 255-263. <https://doi.org/10.1177/0091217420905182>
- ⁸¹ Seidler, et al., (2020). Once bitten, twice shy: Dissatisfaction with previous therapy and its implication for future help-seeking among men.
- ⁸² Schaffer, A., Sinyor, M., Kurdyak, P., Vigod, S., Sareen, J., Reis, C., Green, D., Bolton, J., Rhodes, A., Grigoriadis, S., Cairney, J., & Cheung, A. (2016). Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: Identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies. *World Psychiatry*, 15(2), 135-145. <https://doi.org/10.1002/wps.20321>
- ⁸³ Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health*, 47(1), 9-17. <https://doi.org/10.1177/1403494817746274>
- ⁸⁴ Oliffe, J. L., Ferlatte, O., Ogradniczuk, J. S., Seidler, Z. E., Kealy, D., & Rice, S. M. (2021). How to save a life: Vital clues from men who have attempted suicide. *Qualitative Health Research*, 31(3), 415-429. <https://doi.org/10.1177/1049732320975747>
- ⁸⁵ Oliffe, Ferlatte, et al. (2021). *How to save a life: Vital clues from men who have attempted suicide*.
- ⁸⁶ Oliffe, Ferlatte, et al. (2021).
- ⁸⁷ Schaffer, et al. (2016). *Population-based analysis of health care contacts among suicide decedents: Identifying opportunities for more targeted suicide prevention strategies*.
- ⁸⁸ Stene-Larsen & Reneflot. (2019). *Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017*.
- ⁸⁹ Stene-Larsen & Reneflot. (2019).
- ⁹⁰ Seidler, et al. (2016).
- ⁹¹ Vogel & Heath. (2016).
- ⁹² McDermott, et al. (2018).
- ⁹³ Seidler, et al. (2021).
- ⁹⁴ Seidler, et al. (2016).
- ⁹⁵ Hoy, S. (2012). Beyond men behaving badly: A meta-ethnography of men's perspectives on psychological distress and help seeking. *International Journal of Men's Health*, 11(3), 202-226. <https://doi.org/10.3149/jmh.1103.202>
- ⁹⁶ Affleck, W., Carmichael, V., & Whitley, R. (2018). Men's mental health: Social determinants and implications for services. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(9), 581-589. <https://doi.org/10.1177/0706743718762388>
- ⁹⁷ Affleck, et al. (2018). *Men's mental health: Social determinants and implications for services*.
- ⁹⁸ Bostwick, J. M., Pabbati, C., Geske, J. R., & McKean, A. J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew. *American Journal of Psychiatry*, 173(11), 1094-1100. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.15070854>

- ⁹⁹ Persett, P. S., Grimholt, T. K., Ekeberg, O., Jacobsen, D., & Myhren, H. (2018). Patients admitted to hospital after suicide attempt with violent methods compared to patients with deliberate self-poisoning: A study of background variables, somatic and psychiatric health and suicidal behavior. *BMC Psychiatry*, 18(1), Article 21. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1602-5>
- ¹⁰⁰ Bilban, M., & Škibin, L. (2005). Presence of alcohol in suicide victims. *Forensic Science International*, 147(Suppl.), S9-S12. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2004.09.085>
- ¹⁰¹ Cibis, A., Mergl, R., Bramesfeld, A., Althaus, D., Niklewski, G., Schmidtke, A., & Hegerl, U. (2012). Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males. *Journal of Affective Disorders*, 136(1-2), 9-16. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.08.032>
- ¹⁰² Liu, L., Capaldi, C. A., Orpana, H. M., Kaplan, M. S., & Tonmyr, L. (2021). Changes over time in means of suicide in Canada: An analysis of mortality data from 1981 to 2018. *CMAJ*, 193(10), E331-E338. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202378>
- ¹⁰³ Bostwick, et al. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: Even more lethal than we knew.
- ¹⁰⁴ Cibis, et al. (2012). Preference of lethal methods is not the only cause for higher suicide rates in males.
- ¹⁰⁵ Mergl, R., Koburger, N., Heinrichs, K., Székely, A., Ditta Toth, M., Coyne, J., Quintão, S., Arensman, E., Coffey, C., Maxwell, M., Värnik, A., van Audenhove, C., McDaid, D., Sarchiapone, M., Schmidtke, A., Genz, A., Gusmão, R., & Hegerl, U. (2015). What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four European countries. *PLOS ONE*, 10(7), Article e0129062. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129062>
- ¹⁰⁶ Mergl, et al. (2015). What are reasons for the large gender differences in the lethality of suicidal acts? An epidemiological analysis in four European countries.
- ¹⁰⁷ Gvion, Y., & Levi-Belz, Y. (2018). Serious suicide attempts: Systematic review of psychological risk factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9, Article 56. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00056>
- ¹⁰⁸ Sørensen, E. H., Thorgaard, M. V., & Østergaard, S. D. (2020). Male depressive traits in relation to violent suicides or suicide attempts: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 262, 55-61. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.054>
- ¹⁰⁹ Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(10), 707-712. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>
- ¹¹⁰ Gouvernement du Canada (2016). Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : Rapport d'étape de 2016 sur le cadre fédéral de prévention du suicide. <https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/healthy-canadians/migration/publications/healthy-living-vie-saine/framework-suicide-progress-report-2016-rapport-d-etape-cadre-suicide/alt/64-03-15-1430-suicideprev-progressreport-fra.pdf>
- ¹¹¹ Richardson, et al. (2021).
- ¹¹² Lynch, F. L., Peterson, E. L., Lu, C. Y., Hu, Y., Rossom, R. C., Waitzfelder, B. E., Owen-Smith, A. A., Hubley, S., Prabhakar, D., Keoki Williams, L., Beck, A., Simon, G. E., & Ahmedani, B. K. (2020). Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: A case control study. *Addiction Science and Clinical Practice*, 15, Article 14. <https://doi.org/10.1186/s13722-020-0181-1>
- ¹¹³ Borges, G., Bagge, C. L., Cherpital, C. J., Conner, K. R., Orozco, R., & Rossow, I. (2017). A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt. *Psychological Medicine*, 47(5), 949-957. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002841>
- ¹¹⁴ Holmstrand, C., Bogren, M., Mattisson, C., & Brådvik, L. (2015). Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: The Lundby Study 1947-1997. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132(6), 459-469. <https://doi.org/10.1111/acps.12506>
- ¹¹⁵ Poorolajal, J., Haghtalab, T., Farhadi, M., & Darvishi, N. (2016). Substance use disorder and risk of suicidal ideation, suicide attempt and suicide death: A meta-analysis. *Journal of Public Health*, 38(3), e282-e291. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdv148>
- ¹¹⁶ Yoshimasu, K., Kiyohara, C., & Miyashita, K. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 13(5), 243-256. <https://doi.org/10.1007/s12199-008-0037-x>
- ¹¹⁷ Bohnert, K. M., Ilgen, M. A., Louzon, S., McCarthy, J. F., & Katz, I. R. (2017). Substance use disorders and the risk of suicide mortality among men and women in the US Veterans Health Administration. *Addiction*, 112(7), 1193-1201. <https://doi.org/10.1111/add.13774>

- ¹¹⁸ Sørensen, et al. (2020). *Male depressive traits in relation to violent suicides or suicide attempts: A systematic review*.
- ¹¹⁹ Sher, L. (2020). *The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates*.
- ¹²⁰ Borges, et al. (2017). *A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt*.
- ¹²¹ Standish, K. (2021). *A coming wave: Suicide and gender after COVID-19*.
- ¹²² Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). *Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: A meta-analysis*. PLOS ONE, 10(5), Article e0126870. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241874>
- ¹²³ Rehm, J., & Shield, K. D. (2019). *Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders*. Current Psychiatry Reports, 21, Article 10. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0>
- ¹²⁴ Kaplan, M. S., McFarland, B. H., Huguet, N., Conner, K., Caetano, R., Giesbrecht, N., & Nolte, K. B. (2013). *Acute alcohol intoxication and suicide: A gender-stratified analysis of the National Violent Death Reporting System*. BMJ Injury Prevention, 19(1), 38-43. <http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2012-040317>
- ¹²⁵ Lynch, et al. (2020). *Substance use disorders and risk of suicide in a general US population: A case control study*.
- ¹²⁶ Holmstrand, et al. (2015). *Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: The Lundby Study 1947-1997*.
- ¹²⁷ Bohnert, et al. (2017). *Substance use disorders and the risk of suicide mortality among men and women in the US Veterans Health Administration*.
- ¹²⁸ Marchand, K., Pallis, H., Fikowski, J., Harrison, S., Spittal, P., Schechter, M. T., & Oviedo-Joekes, E. (2017). *The role of gender in suicidal ideation among long-term opioid users*. Canadian Journal of Psychiatry, 62(7), 465-472. <https://doi.org/10.1177/0706743717111173>
- ¹²⁹ Darke, S., & Ross, J. (2002). *Suicide among heroin users: Rates, risk factors and methods*. Addiction, 97(11), 1383-1394. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00214.x>
- ¹³⁰ Darke & Ross. (2002). *Suicide among heroin users: Rates, risk factors and methods*.
- ¹³¹ Rizk, M. M., Herzog, S., Dugad, S., & Stanley, B. (2021). *Suicide risk and addiction: The impact of alcohol and opioid use disorders*. Current Addiction Reports, 8, 194-207. <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00361-z>
- ¹³² Statistique Canada. (2019). *Variation de l'espérance de vie selon certaines causes de décès, 2017*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/190530/dq190530d-cansim-fra.htm>
- ¹³³ Agence de la santé publique du Canada (2018). *Rapport national : Décès apparemment liés à la consommation d'opioïdes au Canada*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/vie-saine/rapport-national-deces-apparemment-lies-consommation-opioides-publie-mars-2018.html>
- ¹³⁴ Belzak, L., B., & Halverson, J. (2018). *Synthèse des données probantes – La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale*. Agence de la santé publique du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/promotion-sante-prevention-maladies-chroniques-canada-recherche-politiques-pratiques/vol-38-no-6-2018/synthese-donnees-probantes-crise-opioides-canada-perspective-nationale.html>
- ¹³⁵ Belzak & Halverson. (2018). *Synthèse des données probantes – La crise des opioïdes au Canada : une perspective nationale*.
- ¹³⁶ Belzak & Halverson. (2018).
- ¹³⁷ Oquendo, M. A., & Volkow, N. D. (2018). *Suicide : A silent contributor to opioid-overdose deaths*. New England Journal of Medicine, 378(17), 1567-1569. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1801417>
- ¹³⁸ Oquendo & Volkow. (2018). *Suicide : A silent contributor to opioid-overdose deaths*.
- ¹³⁹ Borges, G., Bagge, C. L., & Orozco, R. (2016). *A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality*. Journal of Affective Disorders, 195, 63-74. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.02.007>
- ¹⁴⁰ Borges, et al. (2016). *A literature review and meta-analyses of cannabis use and suicidality*.
- ¹⁴¹ Richardson, et al. (2021).
- ¹⁴² Ernst, M., Klein, E. M., Beuteal, M. E., & Bräler, E. (2021). *Gender-specific associations of loneliness and suicidal ideation in a representative population sample: Young, lonely men are particularly at risk*. Journal of Affective Disorders, 294, 63-70. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.085>

- ¹⁴³ Solmi, M., Veronese, N., Galvano, D., Favaro, A., Ostinelli, E. G., Noventa, V., Favaretto, E., Tudor, F., Finessi, M., Shin, J. I., Smith, L., Koyanagi, A., Cester, A., Bolzetta, F., Cotroneo, A., Maggi, S., Demurtas, J., De Leo, D., & Trabucchi, A. (2020). Factors associated with loneliness: An umbrella review of observational studies. *Journal of Affective Disorders*, 271, 131-138. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.075>
- ¹⁴⁴ Miranda-Mendizabal, A., Castellvi, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almerara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., Cebrià, A., Gabilondo, A., Gili, M., Larares, C., Piqueras, J. A., Rodríguez-Jiménez, T., Rodríguez-Marin, J., Roca, M., Soto-Sanz, V., Vilagut, G., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: Systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International Journal of Public Health*, 64(2), 265-283. <https://doi.org/10.1007/s00038-018-1196-1>
- ¹⁴⁵ Fredrick, S. S., Demaray, M. K., Malecki, C. K., & Dorio, N. B. (2018). Can social support buffer the association between depression and suicidal ideation in adolescent boys and girls? *Psychology in the Schools*, 55(5), 490-505. <https://doi.org/10.1002/pits.22125>
- ¹⁴⁶ Oliffe, J. L., Creighton, G., Robertson, S., Broom, A., Jenkins, E. K., Ogrodniczuk, J. S., & Ferlatte, O. (2017). Injury, interiority, and isolation in men's suicidality. *American Journal of Men's Health*, 11(4), 888-899. <https://doi.org/10.1177/1557988316679576>
- ¹⁴⁷ Oliffe, J. L., Broom, A., Popa, M., Jenkins, E. K., Rice, S. M., Ferlatte, O., & Rossnagel, E. (2019). Unpacking social isolation in men's suicidality. *Qualitative Health Research*, 29(3), 315-327. <https://doi.org/10.1177/1049732318800003>
- ¹⁴⁸ Evans, R., Scourfield, J., & Moore, G. (2016). Gender, relationship breakdown, and suicide risk: A review of research in Western countries. *Journal of Family Issues*, 37(16), 2239-2264. <https://doi.org/10.1177/0192513X14562608>
- ¹⁴⁹ Richardson, et al. (2021).
- ¹⁵⁰ Calati, R., Ferrari, C., Brittner, M., Oasi, O., Olie, E., Carvalho, A. F., & Courtet, P. (2019). Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 245, 653-667. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.022>
- ¹⁵¹ Yip, P. S. F., Yousuf, S., Chan, C. H., Yung, T., & Wu, K. C.-C. (2015). The roles of culture and gender in the relationship between divorce and suicide risk: A meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 128, 87-94. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.034>
- ¹⁵² Kazan, D., Cleave, A. L., & Batterham, P. J. (2016). The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviours: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 190, 585-598. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.11.003>
- ¹⁵³ Crump, C., Sundquist, K., Sundquist J., & Winkleby, M. A. (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: A Swedish national cohort study. *Psychological Medicine*, 44(2), 279-289. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000810>
- ¹⁵⁴ Kazan, et al. (2016). The impact of intimate partner relationships on suicidal thoughts and behaviours: A systematic review.
- ¹⁵⁵ Kposowa, A. J. (2003). Divorce and suicide risk [correspondance]. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(12), 993. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.57.12.993>
- ¹⁵⁶ Dehara, M., Wells, M. B., Sjöqvist, H., Kosidou, K., Dalman, C., & Sörberg Wallin, A. (2021). Parenthood is associated with lower suicide risk: A register-based cohort study of 1.5 million Swedes. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 143(3), 206-215. <https://doi.org/10.1111/acps.13240>
- ¹⁵⁷ Shaw, R. J., Cullen, B., Graham, N., Lyall, D. M., Mackay, D., Okolie, C., Pearsall, R., Ward, J., John, A., & Smith, D. J. (2021). Living alone, loneliness and lack of emotional support as predictors of suicide and self-harm: A nine-year follow up of the UK Biobank cohort. *Journal of Affective Disorders*, 279, 316-323. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.026>
- ¹⁵⁸ Oliffe, et al. (2019). Unpacking social isolation in men's suicidality.
- ¹⁵⁹ Richardson, et al. (2021).
- ¹⁶⁰ Yoshimasu, et al. (2008). Suicidal risk factors and completed suicide: Meta-analyses based on psychological autopsy studies.
- ¹⁶¹ Crump, et al. (2014). Sociodemographic, psychiatric and somatic risk factors for suicide: A Swedish national cohort study.

- ¹⁶² Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). *Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: Meta-analysis of longitudinal studies*. *British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279-286. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.27>
- ¹⁶³ Stewart, J. G., Esposito, E. C., Glenn, C. R., Gilman, S. E., Pridgen, B., Gold, J., & Auerbach, R. P. (2017). *Adolescent self-injurers: Comparing non-ideators, suicide ideators, and suicide attempters*. *Journal of Psychiatric Research*, 84, 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.09.031>
- ¹⁶⁴ Richardson, et al. (2021).
- ¹⁶⁵ Crump, et al. (2014).
- ¹⁶⁶ Crump, et al. (2014).
- ¹⁶⁷ Holmstrand, et al. (2015).
- ¹⁶⁸ Richardson, et al. (2021).
- ¹⁶⁹ Richardson, et al. (2021).
- ¹⁷⁰ Rice, S. M., Kealy, D., Seidler, Z. E., Walton, C. C., Oliffe, J. L., & Ogrodniczuk, J. S. (2021). *Male-type depression symptoms in young men with a history of childhood sexual abuse and current hazardous alcohol use*. *Psychiatry Research*, 304, Article 114110. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114110>
- ¹⁷¹ Afifi, T. O., MacMillan, H. L., Boyle, M., Taillieu, T., Cheung, K., & Sareen, J. (2014). *Child abuse and mental disorders in Canada*. *CMAJ*, 186(9), E324-E332. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131792>
- ¹⁷² Turner, S., Taillieu, T., Cheung, K., & Afifi, T. O. (2017). *The relationship between childhood sexual abuse and mental health outcomes among males: Results from a nationally representative United States sample*. *Child Abuse and Neglect*, 66, 64-72. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.018>
- ¹⁷³ Rice, S. M., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Seidler, Z. E., Denehy, L., & Oliffe, J. L. (2020). *The cost of bottling it up: Emotion suppression as a mediator in the relationship between anger and depression among men with prostate cancer*. *Cancer Management and Research*, 12, 1039-1046. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S237770>
- ¹⁷⁴ Rice, S. M., Oliffe, J. L., Kealy, D., & Ogrodniczuk, J. S. (2018). *Male depression subtypes and suicidality: Latent profile analysis of internalizing and externalizing symptoms in a representative Canadian sample*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 206(3), 169-172. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000739>
- ¹⁷⁵ Rice, et al. (2018). *Male depression subtypes and suicidality: Latent profile analysis of internalizing and externalizing symptoms in a representative Canadian sample*.
- ¹⁷⁶ Bostwick, et al. (2016).
- ¹⁷⁷ Hedegaard, H., S. C. Curtin et M. Warner. *Increase in suicide mortality in the United States, 1999–2018* (NCHS Data brief No. 362). U.S. Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db362.htm>
- ¹⁷⁸ Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Gonzales Montaner, G., Links, P. S., Kealy, D., & Ogrodniczuk, J. S. (2021). *Segmenting or summing the parts? A scoping review of male suicide research in Canada*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 66(5), 433-445. <https://doi.org/10.1177/07067437211000631>
- ¹⁷⁹ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021). *Segmenting or summing the parts? A scoping review of male suicide research in Canada*.
- ¹⁸⁰ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ¹⁸¹ Agence de la santé publique du Canada (2020).
- ¹⁸² Statistique Canada. (2022). *Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge* (tableau 13-10-0394-01).
- ¹⁸³ Hedegaard,
- ¹⁸⁴ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ¹⁸⁵ Crump, et al. (2014).
- ¹⁸⁶ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ¹⁸⁷ Crump, et al. (2014).
- ¹⁸⁸ Han, B., Kott, P. S., Hughes, A., McKeon, R., Blanco, C., & Compton, W. M. (2016). *Estimating the rates of deaths by suicide among adults who attempt suicide in the United States*. *Journal of Psychiatric Research*, 77, 125-133. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.03.002>

- ¹⁸⁹ Phillips, J. A., & Hempstead, K. (2017). Differences in U.S. suicide rates by educational attainment, 2000–2014. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(4), E123–E130. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.04.010>
- ¹⁹⁰ Assari, S., Schatten, H. T., Arias, S. A., Miller, I. W., Camargo, C. A., & Boureaux, E. D. (2019). Higher educational attainment is associated with lower risk of a future suicide attempt among non-Hispanic whites but not non-Hispanic blacks. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6(5), 1001–1010. <https://doi.org/10.1007/s40615-019-00601-z>
- ¹⁹¹ Crump, et al. (2014).
- ¹⁹² Phillips & Hempstead. (2017).
- ¹⁹³ Lorant, V. Kapadia, D., & Perelman, J. (2021). Socioeconomic disparities in suicide: Causation or confounding? *PLOS ONE*, 16(1), Article e0243895. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243895>
- ¹⁹⁴ Kim, J. L., Kim, J. M., Choi, Y., Lee, T.-L., & Park, E.-C. (2016). Effect of socioeconomic status on the linkage between suicidal ideation and suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(5), 588–597. <https://doi.org/10.1111/sltb.12242>
- ¹⁹⁵ Lorant, et al. (2021). Socioeconomic disparities in suicide: Causation or confounding?
- ¹⁹⁶ Phillips & Hempstead. (2017).
- ¹⁹⁷ Lorant, et al. (2021).
- ¹⁹⁸ Richardson, et al. (2021).
- ¹⁹⁹ Crump, et al. (2014).
- ²⁰⁰ Coope, C., Donavan, J., Wilson, C., Barnes, M., Metcalfe, C., Hollingworth, W., Kapur, N., Hawton, K., & Gunnell, D. (2015). Characteristics of people dying by suicide after job loss, financial difficulties and other economic stressors during a period of recession (2010–2011): A review of coroners' records. *Journal of Affective Disorders*, 183, 98–105. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.045>
- ²⁰¹ Oliffe, J. L., & Han, C. S. E. (2014). Beyond workers' compensation: Men's mental health in and out of work. *American Journal of Men's Health*, 8(1), 45–53. <https://doi.org/10.1177/1557988313490786>
- ²⁰² Oliffe, J. L., Rasmussen, B., Bottorff, J. L., Kelly, M. T., Galdas, P. M., Phinney, A. & Ogradniczuk, J. S. (2013). Masculinities, work, and retirement among older men who experience depression. *Qualitative Health Research*, 23(12), 1626–1637. <https://doi.org/10.1177/1049732313509408>
- ²⁰³ Ostamo, A., Lahelma, E., & Lönnqvist, J. (2001). Transitions of employment status among suicide attempters during a severe economic recession. *Social Science and Medicine*, 52(11), 1741–1750. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(00\)00294-x](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(00)00294-x)
- ²⁰⁴ Wilson, J. M., Lee, J., Fitzgerald, H. N., Oosterhoff, B., Sevi, B., & Shook, N. J. (2020). Job insecurity and financial concern during the COVID-19 pandemic are associated with worse mental health. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 62(9), 686–691. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001962>
- ²⁰⁵ McIntyre, R. S., & Lee, Y. (2020). Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19. *Psychiatry Research*, 290, Article 113104. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113104>
- ²⁰⁶ Chang, S.-S., Stuckler, D., Yip, P., et Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries. *BMJ*, 347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f5239>
- ²⁰⁷ Norström, T., et Grönqvist, H. (2015). The great recession, unemployment and suicide. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 69(2), 110–116. <https://doi.org/10.1136/jech-2014-204602>
- ²⁰⁸ Barr, B., Taylor-Robinson, D., Scott-Samuel, A., McKee, M., et Stuckler, D. (2012). Suicides associated with the 2008–10 economic recession in England: Time trend analysis. *BMJ*, 345, Article e5142. <https://doi.org/10.1136/bmj.e5142>
- ²⁰⁹ Reeves, A., M. McKee et D. Stuckler. Economic suicides in the great recession in Europe and North America. *British Journal of Psychiatry*, 205(3), 246–247. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144766>
- ²¹⁰ Mäki, N., & Martikainen, P. (2012). A register-based study on excess suicide mortality among unemployed men and women during different levels of unemployment in Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66(4), 302–307. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.105908>
- ²¹¹ Milner, A., Currier, D., LaMontagne, A. D., Spittal, M., J., & Pirkis, J. (2017). Psychosocial job stressors and thoughts about suicide among males: A cross-sectional study from the first wave of the Ten to Men cohort. *Public Health*, 147, 72–76. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.02.003>
- ²¹² Ostamo, et al. (2001).

- ²¹³ Ostamo, et al. (2001).
- ²¹⁴ Ostamo, et al. (2001).
- ²¹⁵ Lundin, A., Lundberg, I., Allebeck, P., & Hemmingsson, T. (2012). *Unemployment and suicide in the Stockholm population: A register-based study on 771,068 men and women*. *Public Health*, 126(5), 371-377. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.01.020>
- ²¹⁶ Bor, J., Basu, S., Coutts, A., McKee, M., & Stuckler, D. (2013). *Alcohol use during the Great Recession of 2008–2009*. *Alcohol and Alcoholism*, 48(3), 343-348. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agt002>
- ²¹⁷ Kaplan, M. S., Huguet, N., Caetano, R., Geisbrecht, N., Kerr, W. C., & McFarland, B. H. (2015). *Economic contraction, alcohol intoxication and suicide: Analysis of the National Violent Death Reporting System*. *Injury Prevention*, 21(1), 35-41. <https://doi.org/10.1136/injuryprev-2014-041215>
- ²¹⁸ Kerr, W. C., Kaplan, M. S., Huguet, N., Caetano, R., Geisbrecht, N., & McFarland, B. H. (2017). *Economic recession, alcohol, and suicide rates: Comparative effects of poverty, foreclosure, and job loss*. *American Journal of Preventive Medicine*, 52(4), 469-475. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.09.021>
- ²¹⁹ Frasilho, D., Matos, M. G., Salonna, F., Guerreiro, D., Storti, C. C., Gaspar, T., Caldas-de-Almeida, J. (2015). *Mental health outcomes in times of economic recession: A systematic literature review*. *BMC Public Health*, 16(1), Article 115. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-2720-y>
- ²²⁰ Richardson, et al. (2021).
- ²²¹ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ²²² Poon, C. S., & Saewyc, E. M. (2009). *Out yonder: Sexual-minority adolescents in rural communities in British Columbia*. *American Journal of Public Health*, 99(1), 118-124. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.122945>
- ²²³ DesMeules, M., Pong, R. W., Read Guernsey, J., Wang, F., Luo, W., & Dressler, M. P. (2012). *Rural health status and determinants in Canada*. In J. C. Kulig, & A. M. Williams (Eds.), *Health in rural Canada* (pp. 23-43). <https://www.ubcpres.ca/asset/9079/1/9780774821728.pdf>
- ²²⁴ Poon and Saewyc. (2009). *Out yonder: Sexual-minority adolescents in rural communities in British Columbia*.
- ²²⁵ Creighton, G., Oliffe, J., Ogradniczuk, J., & Frank, B. (2017). “You’ve gotta be that tough crust exterior man”: *Depression and suicide in rural-based men*. *Qualitative Health Research*, 27(12), 1882-1891. <https://doi.org/10.1177/1049732317718148>
- ²²⁶ Creighton, et al. (2017). “You’ve gotta be that tough crust exterior man”: *Depression and suicide in rural-based men*.
- ²²⁷ Allan, J. A., Waddell, C. M., Herron, R. V., & Roger, K. (2019). *Are rural prairie masculinities hegemonic masculinities?* *NORMA*, 14(1), 35-49. <https://doi.org/10.1080/18902138.2018.1519092>
- ²²⁸ Creighton, et al. (2017).
- ²²⁹ Barry, R., Rehm, J., de Oliveria, C., Gozdyra, P., & Kurdyak, P. (2020). *Rurality and risk of suicide attempts and death by suicide among people living in four English-speaking high-income countries: A systematic review and meta-analysis*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(7), 441-447. <https://doi.org/10.1177/0706743720902655>
- ²³⁰ Mohatt, N. V., Kreisel, C. J., Hoffberg, A. S., Wendleton, L., & Beehler, S. J. (2021). *A systematic review of factors impacting suicide risk among rural adults in the United States*. *Journal of Rural Health*, 37(3), 565-575. <https://doi.org/10.1111/jrh.12532>
- ²³¹ Rhew, I. C., Hawkins, J. D., & Oesterle, S. (2011). *Drug use and risk among youth in different rural contexts*. *Health and Place*, 17(3), 775-783. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2011.02.003>
- ²³² Creighton, G. M., Oliffe, J. L., Lohan, M., Ogradniczuk, J. S., & Palm, E. (2017). “Things I did not know”: *Retrospectives on a Canadian rural male youth suicide using an instrumental photovoice case study*. *Health*, 21(6), 616-632. <https://doi.org/10.1177/1363459316638542>
- ²³³ Ewert, R. (2021). “A country boy can survive:” *Rural culture and male-targeted suicide prevention messaging*. *Social Science and Medicine*, 289, Article 114439. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114439>
- ²³⁴ Ayano, G., Tsegay, L., Abraha, M., & Yohannes, K. (2019). *Suicidal ideation and attempt among homeless people: A systematic review and meta-analysis*. *Psychiatric Quarterly*, 90(4), 829-842. <https://doi.org/10.1007/s11126-019-09667-8>
- ²³⁵ Rhoades, H., Rusow, J. A., Bond, D., Lanteigne, A., Fulginiti, A., & Goldbach, J. T. (2018). *Homelessness, mental health and suicidality among LGBTQ youth accessing crisis services*. *Child Psychiatry and Human Development*, 49(4), 643-651. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0780-1>

- ²³⁶ Sinyor, M., Kozloff, N., Reis, C., & Schaffer, A. (2017). An observational study of suicide death in homeless and precariously housed people in Toronto. *Canadian Journal of Psychiatry*, 62(7), 501-505. <https://doi.org/10.1177/0706743717705354>
- ²³⁷ Ayano, et al. (2019). *Suicidal ideation and attempt among homeless people: A systematic review and meta-analysis*.
- ²³⁸ Sinyor, et al. (2017). *An observational study of suicide death in homeless and precariously housed people in Toronto*
- ²³⁹ Sinyor, et al. (2017).
- ²⁴⁰ Richardson, et al. (2021).
- ²⁴¹ Wolford-Clevenger, C., Vann, N. C., & Smith, P. N. (2016). The association of partner abuse types and suicidal ideation among men and women college students. *Violence and Victims*, 31(3), 471-485. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00083>
- ²⁴² Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., & Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLOS Medicine*, 10(5), Article e1001439. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>
- ²⁴³ Sugg, N. (2015). Intimate partner violence: Prevalence, health consequences, and intervention. *Medical Clinics of North America*, 99(3), 629-649. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.01.012>
- ²⁴⁴ Ferlatte, O., Oliffe, J. L., Salway, T., Broom, A., Bungay, V., & Rice, S. (2019). Using photovoice to understand suicidality among gay, bisexual, and two-spirit men. *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), 1529-1541. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1433-6>
- ²⁴⁵ Genuchi, M. C. (2019). The role of masculinity and depressive symptoms in predicting suicidal ideation in homeless men. *Archives of Suicide Research*, 23(2), 289-311. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1428705>
- ²⁴⁶ Richardson, et al. (2021).
- ²⁴⁷ Oliffe & Han. (2014). *Beyond workers' compensation: Men's mental health in and out of work*.
- ²⁴⁸ Oliffe, et al. (2013). *Masculinities, work, and retirement among older men who experience depression*.
- ²⁴⁹ Ostamo, et al. (2001).
- ²⁵⁰ Wilson, et al. (2020). *Job insecurity and financial concern during the COVID-19 pandemic are associated with worse mental health*.
- ²⁵¹ Ferlatte, et al. (2019). *Using photovoice to understand suicidality among gay, bisexual, and two-spirit men*.
- ²⁵² Bommersbach, T. J., Stefanovics, E. A., Rhee, T. G., Tsai, J., & Rosenheck, R. A. (2020). Suicide attempts and homelessness: Timing of attempts among recently homeless, past homeless, and never homeless adults. *Psychiatric Services*, 71(12), 1225-1231. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000073>
- ²⁵³ Lee, K. H., Jun, J. S., Kim, Y. J., Roh, S., Moon, S. S., Bukonda, N., & Hines, L. (2017). Mental health, substance abuse, and suicide among homeless adults. *Journal of Evidence-Informed Social Work*, 14(4), 229-242. <https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1316221>
- ²⁵⁴ Lee, et al. (2017). *Mental health, substance abuse, and suicide among homeless adults*.
- ²⁵⁵ Torchalla, I., Strehlau, V., Li, K., Schuetz, C., & Krausz, M. (2012). The association between childhood maltreatment subtypes and current suicide risk among homeless men and women. *Child Maltreatment*, 17(2), 132-143. <https://doi.org/10.1177/1077559512439350>
- ²⁵⁶ Richardson, et al. (2021).
- ²⁵⁷ Bostwick, et al. (2016).
- ²⁵⁸ Stenbacka, M., & Jokinen, J. (2015). Violent and non-violent methods of attempted and completed suicide in Swedish young men: The role of early risk factors. *BMC Psychiatry*, 15, Article 196. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0570-2>
- ²⁵⁹ Irigoyen, M., Porrás-Segovia, A., Galván, L., Puigdevall, M., Giner, L., De Leon, S., & Baca-García, E. (2019). Predictors of re-attempt in a cohort of suicide attempters: A survival analysis. *Journal of Affective Disorders*, 247, 20-28. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.050>
- ²⁶⁰ Finkelstein, Y., Macdonald, E. M., Hollands, S., Sivilotti, M. L. A., Hutson, J. R., Mamdani, M. M., Koren, G., & Juurlink, D. N. (2015). Risk of suicide following deliberate self-poisoning. *JAMA Psychiatry*, 72(6), 570-575. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3188>

- ²⁶¹ Stern, T. A., Rosenbaum, J. F., Fava, M., Biederman, J., & Rauch, S. L. (2008). *Massachusetts general hospital comprehensive clinical psychiatry*. Elsevier Health Sciences.
- ²⁶² Horwitz, A. G., Czyz, E. K., King, C.A. (2015). *Predicting future suicide attempts among adolescent and emerging adult psychiatric emergency patients*. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(5), 751-761. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.910789>
- ²⁶³ Finkelstein, et al. (2015). *Risk of suicide following deliberate self-poisoning*.
- ²⁶⁴ Fuller-Thomson, E., West, K. J., & Baiden, P. (2019). *The tide does turn: Predictors of remission from suicidal ideation and attempt among Canadians who previously attempted suicide*. *Psychiatry Research*, 274, 313-321. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.030>
- ²⁶⁵ Bostwick, et al. (2016).
- ²⁶⁶ Bostwick, et al. (2016).
- ²⁶⁷ Bostwick, et al. (2016).
- ²⁶⁸ Finkelstein, et al. (2015).
- ²⁶⁹ Aguglia, A., Solano, P., Parisi, V. M., Asaro, P., Caprino, M., Trabucco, A., Amerio, A., Amore, M., & Serafini, G. (2020). *Predictors of relapse in high lethality suicide attempters: A six-month prospective study*. *Journal of Affective Disorders*, 271, 328-335. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.04.006>
- ²⁷⁰ Large, M., Sharma, S., Cannon, E., Ryan, C., et Nielssen, O. (2011). *Risk factors for suicide within a year of discharge from psychiatric hospital: A systematic meta-analysis*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(8), 619-628. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.590465>
- ²⁷¹ Finkelstein, et al. (2015).
- ²⁷² Richardson, et al. (2021).
- ²⁷³ Afifi, et al. (2014). *Child abuse and mental disorders in Canada*.
- ²⁷⁴ Turner, et al. (2017). *The relationship between childhood sexual abuse and mental health outcomes among males: Results from a nationally representative United States sample*.
- ²⁷⁵ Devries, K. M., Mak, J. Y. T., Child, J. C., Falder, G., Bacchus, L. J., Astbury, J. & Watts, C. H. (2014). *Childhood sexual abuse and suicidal behavior: A meta-analysis*. *Pediatrics*, 133(5), e1331-e1344. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2166>
- ²⁷⁶ Ng, Q. X., Yong, B. Z. J., Ho, C. Y. X., Lim, D. Y., & Yeo, W.-S. (2018). *Early life sexual abuse is associated with increased suicide attempts: An update meta-analysis*. *Journal of Psychiatric Research*, 99, 129-141. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.02.001>
- ²⁷⁷ Chatzittofis, A., Savard, J., Arver, S., Öberg, K. G., Hallberg, J., Nordström, P., & Jokinen, J. (2017). *Interpersonal violence, early life adversity, and suicidal behavior in hypersexual men*. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 187-193. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.027>
- ²⁷⁸ Dias de Mattos Souza, L., Lopez Molina, M., Azevedo da Silva, R., & Jansen, K. (2016). *History of childhood trauma as risk factors to suicide risk in major depression*. *Psychiatry Research*, 246, 612-616. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.002>
- ²⁷⁹ Kealy, D., Joyce, A., Abbass, A., & Oliffe, J. L. (2016). *Childhood traumas among men attending outpatient psychiatric services*. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14(2), 135-140. <https://doi.org/10.1007/s11469-015-9571-0>
- ²⁸⁰ Kealy, D., Rice, S. M., Seidler, Z. E., Ogradniczuk, J. S., & Oliffe, J. L. (2021). *Social anxiety and suicidality among men: Examining the effects of loneliness and childhood trauma*. *Current Psychology*, 1-4. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02235-z>
- ²⁸¹ Kealy, et al. (2016). *Childhood traumas among men attending outpatient psychiatric services*.
- ²⁸² Afifi, et al. (2014).
- ²⁸³ Turner, et al. (2017).
- ²⁸⁴ Richardson, et al. (2021).
- ²⁸⁵ Wolford-Clevenger, et al. (2016). *The association of partner abuse types and suicidal ideation among men and women college students*.
- ²⁸⁶ Devries, et al. (2013). *Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies*.
- ²⁸⁷ Sugg. (2015). *Intimate partner violence: Prevalence, health consequences, and intervention*.

- ²⁸⁸ Richardson, et al. (2021).
- ²⁸⁹ Brennan, S., & Boyce, J. (2013) Section 2: Family-related murder-suicides. In M. Sinha, *Family violence in Canada: A statistical profile*, 2011 (pp. 17-32). Statistique Canada (Catalogue No. 85-002-X). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/85-002-x/2013001/article/11805-fra.pdf?st=2UYSFAb8>
- ²⁹⁰ Ulloa, E. C., & Hammett, J. F. (2016). *The effect of gender and perpetrator-victim role on mental health outcomes and risk behaviors associated with intimate partner violence*. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(7), 1184-1207. <https://doi.org/10.1177/0886260514564163>
- ²⁹¹ Afifi, et al. (2014).
- ²⁹² Dias de Mattos Souza, et al. (2016). *History of childhood trauma as risk factors to suicide risk in major depression*.
- ²⁹³ Kealy, et al. (2021). *Social anxiety and suicidality among men: Examining the effects of loneliness and childhood trauma*.
- ²⁹⁴ Agence de la santé publique du Canada (2020).
- ²⁹⁵ Statistique Canada. (2017). *Indicateurs de la santé, selon l'identité autochtone, taux normalisés selon l'âge, estimations pour une période de quatre ans (tableau 13-10-0458-01)*. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310045801&request_locale=fr
- ²⁹⁶ Gouvernement du Canada (2016). *Travailler ensemble pour prévenir le suicide au Canada : Rapport d'étape de 2016 sur le cadre fédéral de prévention du suicide*.
- ²⁹⁷ Inuit Tapiriit Kanatami. (2016). *National Inuit suicide prevention strategy*. <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK-National-Inuit-Suicide-Prevention-Strategy-2016.pdf>
- ²⁹⁸ Government of Nunavut, Nunavut Tunngavik Incorporated, Royal Canadian Mounted Police (V-Division), & Embrace Life Council. (2016). *Resiliency within: An action plan for suicide prevention in Nunavut 2016-2017*. <https://tinyurl.com/2p8fjbek>
- ²⁹⁹ Canada. Parliament. Senate. Standing Committee on Indigenous and Northern Affairs. (2016). *Declaration of health emergency by First Nations communities in northern Ontario*. 42nd Parl., 1st session. https://www.mcgill.ca/library/files/library/Canadian_Government_Citation_Guide.pdf
- ³⁰⁰ Nishnawbe Aski Nation. (2016). *Crisis response manual 2016: The people and the land*. <https://nancovid19.ca/wp-content/uploads/2020/03/Crisis-Response-Manual-2016.pdf>
- ³⁰¹ Kumar, M. B., & Tjepkema, M. (2019). *Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016) : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN)*. Statistique Canada. Répertoire de la recherche sur les politiques en consommation. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/99-011-x/99-011-x2019001-fra.htm>
- ³⁰² Kumar & Tjepkema. (2019). *Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016) : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN)*.
- ³⁰³ Kumar & Tjepkema. (2019).
- ³⁰⁴ Crawford, A., (2016). *Suicide among Indigenous peoples in Canada*. In *The Canadian Encyclopedia*.
- ³⁰⁵ Fast, E., & Collin-Vézina, D. (2019). *Historical trauma, race-based trauma, and resilience of Indigenous peoples: A literature review*. *First Peoples Child and Family Review*, 14(1), 166-181. <https://doi.org/10.7202/1069069ar>
- ³⁰⁶ Kumar & Tjepkema. (2019).
- ³⁰⁷ Haskell, L., & Randall, M. (2009). *Disrupted attachments: A social context complex trauma framework and the lives of Aboriginal peoples in Canada*. *Journal of Aboriginal Health*, 5(3), 48-99. <https://www.learningtoendabuse.ca/our-work/pdfs/Haskell-Randall1.pdf>
- ³⁰⁸ Linklater, R. B. L. L. (2011). *Decolonising trauma work: Indigenous practitioners share stories and strategies* [Doctoral dissertation]. University of Toronto TSpace Repository. <https://tspace.library.utoronto.ca/handle/1807/31696>
- ³⁰⁹ Kumar & Tjepkema. (2019).
- ³¹⁰ Haskell & Randall. (2019). *Disrupted attachments: A social context complex trauma framework and the lives of Aboriginal peoples in Canada*.
- ³¹¹ Gouvernement du Canada (2022). *Réduire le nombre d'enfants autochtones pris en charge*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1541187352297/1541187392851>

- ³¹² Grant, E. L. (2017). It's not a crisis of public health; It's a crisis of Indigenous health. *Stanford Journal of Public Health*, 6, 48-50. <https://tinyurl.com/2p9dfz7s>
- ³¹³ Toombs, E., Kowatch, K. R., Dalicandro, L., McConkey, Hopkins, C., & Mushquash, C. J. (2021). A systematic review of electronic mental health interventions for Indigenous youth: Results and recommendations. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 27(9), 539-552. <https://doi.org/10.1177/1357633X19899231>
- ³¹⁴ Cwik, M., Doty, S. B., Hinton, A., Goklish, N., Ivanich, J., Hill, K., Lee, A., Tingey, L., & Craig, M. (2022). Community perspectives on social influences on suicide within a Native American reservation. *Qualitative Health Research*, 32(1), 16-30. <https://doi.org/10.1177/10497323211045646>
- ³¹⁵ Lavoie, J. A., & Blandford, S. (2019). Police response to crisis involving suicide risk: Strategies for suicide intervention and prevention. In U. Williams (Ed.), *Canadian perspectives: A practical approach to mental health response for police personnel* (pp. 223-244). Canadian Scholars.
- ³¹⁶ Cwik, et al. (2022). *Community perspectives on social influences on suicide within a Native American Reservation*.
- ³¹⁷ Grant. (2017). *It's not a crisis of public health; It's a crisis of Indigenous health*.
- ³¹⁸ Toombs, et al. (2021). *A systematic review of electronic mental health interventions for Indigenous youth: results and recommendations*.
- ³¹⁹ Cwik, et al. (2022).
- ³²⁰ Pollock, N. J., Healey, G. K., Jong, M., Valcour, J. E., & Mulay, S. (2018). Tracking progress in suicide prevention in Indigenous communities: A challenge for public health surveillance in Canada. *BMC Public Health*, 18(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6224-9>
- ³²¹ Ansloos, J. (2018). Rethinking Indigenous suicide. *International Journal of Indigenous Health*, 13(2), 8-28. <https://doi.org/10.32799/ijih.v13i2.32061>
- ³²² Ferlatte, O., Salway, T., Oliffe, J. L., Kia, H., Rice, S., Morgan, J., Lowik, A. J., & Knight, R. (2019). Sexual and gender minorities' readiness and interest in supporting peers experiencing suicide-related behaviors. *Crisis*, 41(4), 273-279. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000632>
- ³²³ Ferlatte, O., Oliffe, J. L., Louie, D. R., Ridge, D., Broom, A., & Salway, T. (2019). Suicide prevention from the perspectives of gay, bisexual, and two-spirit men. *Qualitative Health Research*, 29(8), 1186-1198. <https://doi.org/10.1177/1049732318816082>
- ³²⁴ Ferlatte, et al. (2019). *Sexual and gender minorities' readiness and interest in supporting peers experiencing suicide-related behaviors*.
- ³²⁵ Ferlatte, Salway, et al. (2019).
- ³²⁶ Kia, H., MacKinnon, K. R., Abramovich, A., & Bonato, S. (2021). Peer support as a protective factor against suicide in trans populations: A scoping review. *Social Science and Medicine*, 279, Article 114026. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114026>
- ³²⁷ Richardson, et al. (2021).
- ³²⁸ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ³²⁹ Ferlatte, O., Dulai, J., Salway Hottes, T., Trussler, T., & Marchand, R. (2015). Suicide related ideation and behavior among Canadian gay and bisexual men: A syndemic analysis. *BMC Public Health*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1961-5>
- ³³⁰ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ³³¹ Ferlatte, O., Salway, T., Hankivsky, O., Trussler, T., Oliffe, J. L., & Marchand, R. (2018). Recent suicide attempts across multiple social identities among gay and bisexual men: An intersectionality analysis. *Journal of Homosexuality*, 65(11), 1507-1526. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1377489>
- ³³² Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ³³³ Ferlatte, et al. (2018). *Recent suicide attempts across multiple social identities among gay and bisexual men: An intersectionality analysis*.
- ³³⁴ Ferlatte, O., Salway, T., Oliffe, J. L., Rice, S. M., Gilbert, M., Young, I., McDaid, L., Ogrodniczuk, J. S., & Knight, R. (2021). Depression and suicide literacy among Canadian sexual and gender minorities. *Archives of Suicide Research*, 25(4), 876-891. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1769783>

- ³³⁵ Salway, T., Juwono, S., Klassen, B., Ferlatte, O., Ablona, A., Pruden, H., Morgan, J., Kwag, M., Card, K., Knight, R., & Lachowsky, N. J. (2021). Experiences with sexual orientation and gender identity conversion therapy practices among sexual minority men in Canada, 2019–2020. *PLOS ONE*, 16(6), Article e0252539. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252539>
- ³³⁶ Ferlatte, et al. (2021). Depression and suicide literacy among Canadian sexual and gender minorities.
- ³³⁷ Pullen Sansfaçon, A., Medico, D., Riggs, D., Carlile, A., & Suerich-Gulick, R. (2021). Growing up trans in Canada, Switzerland, England, and Australia: Access to and impacts of gender-affirming medical care. *Journal of LGBT Youth*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/19361653.2021.1924918>
- ³³⁸ Horwitz, A. G., Grupp-Phelan, J., Brent, D., Barney, B., J., Casper, T. C., Berona, J., Chernick, L. S., Sheno, R., Cwik, M., & King, C. A. (2021). Risk and protective factors for suicide among sexual minority youth seeking emergency medical services. *Journal of Affective Disorders*, 279, 274–281. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.015>
- ³³⁹ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ³⁴⁰ Peterson, C., Sussell, A., Schumacher, P. K., Yeoman, K., & Stone, D. M. (2020). Suicide rates by industry and occupation – National Violent Death Reporting System, 32 states, 2016. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(3), 57–62. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6903a1>
- ³⁴¹ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ³⁴² Sareen, J., Afifi, T. O., Taillieu, T., Cheung, K., Turner, S., Bolton, S.-L., Erickson, J., Stein, M. B., Fikretoglu, D., & Zamorski, M. A. (2016). Trends in suicidal behaviour and use of mental health services in Canadian military and civilian populations. *CMAJ*, 188(11), E261–E267. <https://doi.org/10.1503/cmaj.151047>
- ³⁴³ Sareen, et al., (2016). Trends in suicidal behaviour and use of mental health services in Canadian military and civilian populations.
- ³⁴⁴ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ³⁴⁵ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ³⁴⁶ Carleton, R. N., Afifi, T. O., Turner, S., Taillieu, T., LeBouthillier D. M., Duranceau, S., Sareen, J., Ricciardelli, R., MacPhee, R. S., Groll, D., Hozempa, K., Brunet, A., Weekes, J. R., Griffiths, C. T., Abrams, K. J., Jones, N. A., Beshair, S., Cramm, H. A., Dobson, K. S., . . . Asmundson, G. J. G. (2018). Suicidal ideation, plans, and attempts among public safety personnel in Canada. *Canadian Psychology*, 59(3), 220–231. <https://doi.org/10.1037/cap0000136>
- ³⁴⁷ Barry, et al. (2020). Rurality and risk of suicide attempts and death by suicide among people living in four English-speaking high-income countries: A systematic review and meta-analysis.
- ³⁴⁸ Mohatt, et al. (2021). A systematic review of factors impacting suicide risk among rural adults in the United States.
- ³⁴⁹ Rhew, et al. (2011). Drug use and risk among youth in different rural contexts.
- ³⁵⁰ Creighton, et al. (2017).
- ³⁵¹ Martin, G., Swannell, S., Milner, A., & Gullestrup, J. (2016). Mates in construction suicide prevention program: A five year review. *Journal of Community Medicine and Health Education*, 6(465), 2161–2711. <https://doi.org/10.4172/2161-0711.1000465>
- ³⁵² Martin, et al. (2016). Mates in construction suicide prevention program: A five year review.
- ³⁵³ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ³⁵⁴ Saunders, N. R., Chiu, M., Lebenbaum, M., Chen, S., Kurdyak, P., Guttmann, A., & Vigod, S. (2019). Suicide and self-harm in recent immigrants in Ontario, Canada: A population-based study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 64(11), 777–788. <https://doi.org/10.1177/0706743719856851>
- ³⁵⁵ Saunders, et al. (2019). Suicide and self-harm in recent immigrants in Ontario, Canada: A population-based study.
- ³⁵⁶ Amiri, S. (2020). Prevalence of suicide in immigrants/refugees: A systematic review and meta-analysis. *Archives of Suicide Research*, 11, 1–36. <https://doi.org/10.1080/13811118.2020.1802379>
- ³⁵⁷ Amiri. (2020). Prevalence of suicide in immigrants/refugees: A systematic review and meta-analysis.
- ³⁵⁸ DCruz, J. T., Joseph, J. N., Shehata, N., & Gruner, D. (2018). A cry for help: Suicide attempts by an Iraqi refugee and the role of community service learning. *University of Ottawa Journal of Medicine*, 8(1), 72–74. <https://doi.org/10.18192/uojm.v8i1.2346>

- ³⁵⁹ Said, M., Boardman, G., & Kidd, S. (2021). Barriers to accessing mental health services in Somali-Australian women: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(4), 931-938. <https://doi.org/10.1111/inm.12846>
- ³⁶⁰ Bowden, M., McCoy, A., & Reavley, N. (2020). Suicidality and suicide prevention in culturally and linguistically diverse (CALD) communities: A systematic review. *International Journal of Mental Health*, 49(4), 293-320. <https://doi.org/10.1080/00207411.2019.1694204>
- ³⁶¹ Schlechter, P., Kamp, S., Wanninger, K., Knausenberger, J., Wagner, U., Wilkinson, P. O., Nohr, L., & Hellmann, J. H. (2021). Help-seeking attitudes and distress disclosure among Syrian refugees in Germany. *Counseling Psychologist*, 49(3), 330-352. <https://doi.org/10.1177/0011000020974934>
- ³⁶² Ager, W., Chammay, R. E., Lechner, J., Ventevogel, P., & Vijayakumar, L. (2021). Displaced, dispossessed and silenced: The need for suicide prevention and response for conflict-affected populations [commentaire]. *Intervention*, 19(2), 145-148. https://doi.org/10.4103/intv.intv_24_21
- ³⁶³ Said, et al. (2021). Barriers to accessing mental health services in Somali-Australian women: a qualitative study.
- ³⁶⁴ Schlechter, et al. (2021). Help-seeking attitudes and distress disclosure among Syrian refugees in Germany.
- ³⁶⁵ Ager, et al. (2021). Displaced, dispossessed and silenced: The need for suicide prevention and response for conflict-affected populations.
- ³⁶⁶ Salami, B., Salma, J., & Hegadoren, K. (2019). Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: Perspectives of immigrant service providers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 28(1), 152-161. <https://doi.org/10.1111/inm.12512>
- ³⁶⁷ Salami, et al. (2019). Access and utilization of mental health services for immigrants and refugees: Perspectives of immigrant service providers.
- ³⁶⁸ Goodwill, J. R., Taylor, R. J., & Watkins, D. C. (2021). Everyday discrimination, depressive symptoms, and suicide ideation among African American men. *Archives of Suicide Research*, 25(1), 74-93. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1660287>
- ³⁶⁹ Goodwill, et al. (2021). Everyday discrimination, depressive symptoms, and suicide ideation among African American men. DOI: <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1660287>
- ³⁷⁰ Forte, A., Trobia, F., Gualtieri, F., Lamis, D. A., Cardamone, G., Giallonardon, V., Fiorillo, A., Dirardi, P., & Pompili, M. (2018). Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A literature overview. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(7), Article 1438. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071438>
- ³⁷¹ Toomey, R. B., Syvertsen, A. K., & Flores, M. (2019). Are developmental assets protective against suicidal behavior? Differential associations by sexual orientation. *Journal of Youth and Adolescence*, 48(4), 788-801. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0954-y>
- ³⁷² Ferlatte, et al. (2018).
- ³⁷³ Standley, C. J. (2020). Expanding our paradigms: Intersectional and socioecological approaches to suicide prevention. *Death Studies*, 46(4), 1-9. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1725934>
- ³⁷⁴ Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1989(1), 139-167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>
- ³⁷⁵ Ferlatte, et al. (2018).
- ³⁷⁶ Ferlatte, et al. (2018).
- ³⁷⁷ Hunt, S. (2016). An introduction to the health of two-spirit people: Historical, contemporary and emergent issues. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. <https://www.ccnca-ncccah.ca/docs/emerging/RPT-HealthTwoSpirit-Hunt-EN.pdf>
- ³⁷⁸ Hunt. (2016). An introduction to the health of two-spirit people: Historical, contemporary and emergent issues.
- ³⁷⁹ Ferlatte, et al. (2018).
- ³⁸⁰ Standley. (2020). Expanding our paradigms: Intersectional and socioecological approaches to suicide prevention.
- ³⁸¹ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2021). Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire. https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/05/mhcc_ccsa_covid_leger_poll_fr.pdf

- ³⁸² Morneau Shepell (décembre 2020) *Indice de santé mentale*.
<https://www.morneaushepell.com/permafiles/93172/indice-de-sante-mentale-canada-novembre-2020.pdf>
- ³⁸³ Statistique Canada. (27 mai 2020). *La santé mentale des Canadiens durant la pandémie de COVID-19*. Le Quotidien <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200527/dq200527b-fra.htm>
- ³⁸⁴ Dozois, D. J. A. (2021). *Anxiety and depression in Canada during the COVID-19 pandemic: A national survey*. *Canadian Psychology*, 62(1), 136-142. <https://doi.org/10.1037/cap0000251>
- ³⁸⁵ Jenkins, E. K., McAuliffe, C., Hirani, S., Richardson, C., Thomson, K. C., McGuinness, L., Morris, J., Kousoulis, A., & Gaermann, A. (2021). *A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey*. *Preventive Medicine*, 145, Article 106333. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106333>
- ³⁸⁶ Association canadienne pour la santé mentale, University of British Columbia, Mental Health Foundation, The Agenda Collaborative, & Maru/Matchbox. (n.d.). *Résumé des conclusions – Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : 3^e tour*. <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/05/ACSM-UBC-3-Tour-Resume-des-conclusions-Final-.pdf>
- ³⁸⁷ Association canadienne pour la santé mentale, University of British Columbia, Mental Health Foundation, The Agenda Collaborative, & Maru/Matchbox. (n.d.). *Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : vague 2, 2020*. <https://cmha.ca/wp-content/uploads/2021/07/ACSM-UBC-Vague-2-Resume-des-conclusions.pdf>
- ³⁸⁸ Association canadienne pour la santé mentale et autres (n.d.). *Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : vague 2, 2020*.
- ³⁸⁹ Sher. (2020).
- ³⁹⁰ Stall, N. M., Wu, W., Lapointe-Shaw, L., Fisman, D. N., Giannakeas, V., Hillmer, M. P., & Rochon, P. A. (2020). *Sex- and age- specific differences in COVID-19 testing, cases, and outcomes: A population-wide study in Ontario, Canada*. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(10), 2188-2191. <https://doi.org/10.1111/jgs.16761>
- ³⁹¹ White, A. (2020). *Men and COVID-19: The aftermath*. *Postgraduate Medicine*, 132(Suppl. 4), 18-27. <https://doi.org/10.1080/00325481.2020.1823760>
- ³⁹² Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2021). *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire*.
- ³⁹³ Morneau Shepell (décembre 2020) *Indice de santé mentale*.
- ³⁹⁴ Statistique Canada. (27 mai 2020). *La santé mentale des Canadiens durant la pandémie de COVID-19*.
- ³⁹⁵ Dozois. (2021). *Anxiety and depression in Canada during the COVID-19 pandemic: A national survey*.
- ³⁹⁶ Jenkins, et al. (2021). *A portrait of the early and differential mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Canada: Findings from the first wave of a nationally representative cross-sectional survey*.
- ³⁹⁷ Association canadienne pour la santé mentale et autres (n.d.). *Résumé des conclusions – Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : 3^e tour*.
- ³⁹⁸ Association canadienne pour la santé mentale et autres (n.d.). *Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : vague 2, 2020*.
- ³⁹⁹ Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). (2021). *COVID-19 national survey dashboard, 2020*. Sur Internet : <https://www.camh.ca/en/health-info/mental-health-and-covid-19/covid-19-national-survey>
- ⁴⁰⁰ Ogrodniczuk, J. S., Rice, S. M., Kealy, D., Seidler, Z. E., Delara, M., & Oliffe, J. L. (2021). *Psychosocial impact of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study of online help-seeking Canadian men*. *Postgraduate Medicine*, 133(7), 750-759. <https://doi.org/10.1080/00325481.2021.1873027>
- ⁴⁰¹ Ogrodniczuk, et al. (2021). *Psychosocial impact of the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study of online help-seeking Canadian men*.
- ⁴⁰² Movember Canada. (19 novembre 2021). *Canadian men more comfortable talking about their physical health than mental health, new survey by Movember and Ipsos shows*. Newswire. <https://tinyurl.com/ycyhrwu6>
- ⁴⁰³ Richardson, et al. (2021).
- ⁴⁰⁴ Oliffe & Han. (2014).
- ⁴⁰⁵ Oliffe, et al. (2013).
- ⁴⁰⁶ Ostamo, et al. (2001).
- ⁴⁰⁷ Wilson, et al. (2020).
- ⁴⁰⁸ McIntyre & Lee. (2020). *Projected increases in suicide in Canada as a consequence of COVID-19*.

- ⁴⁰⁹ Chang, et autres. (2013). *Impact of 2008 global economic crisis on suicide: Time trend study in 54 countries*.
- ⁴¹⁰ Norström et Grönqvist (2015). *The great recession, unemployment and suicide*.
- ⁴¹¹ Barr, et autres (2012). *Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: Time trend analysis*.
- ⁴¹² Reeves, et autres. (2014). *Economic suicides in the great recession in Europe and North America*.
- ⁴¹³ Association canadienne pour la santé mentale et autres (n.d.). *Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : vague 2*, 2020.
- ⁴¹⁴ Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). (2021). *COVID-19 national survey dashboard*, 2020. Sur Internet :
- ⁴¹⁵ Statistique Canada. (8 mai 2020). Enquête sur la population active, avril 2020. *Le Quotidien*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/200508/dq200508a-fra.htm>
- ⁴¹⁶ Ogrodniczuk, et al. (2021).
- ⁴¹⁷ Lynch, et al. (2020).
- ⁴¹⁸ Borges, et al. (2017).
- ⁴¹⁹ Darvishi, et al. (2015). *Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis*.
- ⁴²⁰ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2021). *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire*.
- ⁴²¹ Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). (2021).
- ⁴²² Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2021). *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19. Rapport sommaire 2 : Le genre et la taille du ménage*. https://commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/2021/05/mhcc_ccsa_covid_leger_poll_2_fr.pdf
- ⁴²³ Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). (2021).
- ⁴²⁴ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2021). *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19. Rapport sommaire 2 : Le genre et la taille du ménage*.
- ⁴²⁵ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2021). *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19. Rapport sommaire 2 : Le genre et la taille du ménage*.
- ⁴²⁶ Richardson, et al. (2021).
- ⁴²⁷ Ernst, et al. (2021). *Gender-specific associations of loneliness and suicidal ideation in a representative population sample: Young, lonely men are particularly at risk*.
- ⁴²⁸ Calati, et al. (2019). *Suicidal thoughts and behaviors and social isolation: A narrative review of the literature*.
- ⁴²⁹ Cotnam, H. (2021, May 3). *Broken marriages becoming pandemic's other toll*. CBC News. <https://tinyurl.com/2p82jz3f>
- ⁴³⁰ McKnight, N. (2021, March 9). *Suddenly single*. Finder. <https://www.finder.com/ca/divorce-statistics>
- ⁴³¹ Ogrodniczuk, et al. (2021).
- ⁴³² Ogrodniczuk, et al. (2021).
- ⁴³³ Jenkins, et al. (2021).
- ⁴³⁴ Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH). (2021).
- ⁴³⁵ Movember Canada. (2020). *Movember releases new study, encourages Canadians to check-in with men in their life during COVID-19 pandemic*. <https://tinyurl.com/2p8ak3xw>
- ⁴³⁶ Seidler, et al. (2016).
- ⁴³⁷ Judd, F., Komiti, A., & Jackson, H. (2008). *How does being female assist help-seeking for mental health problems? Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(1), 24-29. <https://doi.org/10.1080/00048670701732681>
- ⁴³⁸ Statistique Canada. (2021). *Perceptions quant à la santé mentale et aux besoins en soins de santé mentale durant la pandémie de COVID-19*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00031-fra.htm>

- ⁴³⁹ Statistique Canada. (2021). *Self-perceived mental health and mental health care needs during the COVID-19 pandemic*.
- ⁴⁴⁰ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2021). *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19. Rapport sommaire 2 : Le genre et la taille du ménage*.
- ⁴⁴¹ Jenkins, et al. (2021).
- ⁴⁴² Movember Canada. (2020). *Movember releases new study, encourages Canadians to check-in with men in their life during COVID-19 pandemic*.
- ⁴⁴³ Cleveland Clinic Newsroom. (2 septembre 2020). *Cleveland Clinic "Coping with COVID" Survey illustrates the mental and physical toll the pandemic is taking on men*. <https://tinyurl.com/29medm8e>
- ⁴⁴⁴ Ashcroft, R., Donnelly, C., Dancey, M., Gill, S., Lam, S., Kourgiantakis, T., Adamson, K., Verrilli, D., Dolovich, L., Kirvan, A., Mehta, K., Sur, D., & Brown, J. B. (2021). *Primary care teams' experiences of delivering mental health care during the COVID-19 pandemic: A qualitative study*. *BMC Family Practice*, 22(1), Article 143. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01496-8>
- ⁴⁴⁵ Mehta, S., Machado, F., Kwizera, A., Papazian, L., Moss, M., Azoulay, É., & Herridge, M. (2021). *COVID-19: A heavy toll on health-care workers [Commentary]*. *Lancet Respiratory Medicine*, 9(3), 226-228. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(21\)00068-0](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(21)00068-0)
- ⁴⁴⁶ Jenkins, et al. (2021).
- ⁴⁴⁷ Commission de la santé mentale du Canada et Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances (2021). *Santé mentale et usage de substances pendant la pandémie de COVID-19 : Rapport sommaire*.
- ⁴⁴⁸ Association canadienne pour la santé mentale et autres (n.d.). *Les conséquences de la COVID-19 sur la santé mentale : vague 2, 2020*.
- ⁴⁴⁹ Sanchez, T. H., Zlotorzynska, M., Rai, M., & Baral, S. D. (2020). *Characterizing the impact of COVID-19 on men who have sex with men across the United States in April*. *AIDS and Behavior*, 24(7), 2024-2032. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02894-2>
- ⁴⁵⁰ Brennan, D. J., Card, K. G., Collicot, D., Jollimore, J., & Lachowsky, N. J. (2020). *How might social distancing impact gay, bisexual, queer, trans and two-spirit men in Canada?* *AIDS and Behavior*, 24(9), 2480-2482. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02891-5>
- ⁴⁵¹ Brennan et al. (2020). *How might social distancing impact gay, bisexual, queer, trans and two-spirit men in Canada?*
- ⁴⁵² Sanchez, et al. (2020). *Characterizing the impact of COVID-19 on men who have sex with men across the United States in April, 2020*.
- ⁴⁵³ Brennan et al. (2020).
- ⁴⁵⁴ Power, T., Wilson, D., Best, O., Brockie, T., Bourque Bearskin, L., & Millender, E. (2020). *COVID-19 and Indigenous peoples: An imperative for action*. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2737-2741. <https://doi.org/10.1111/jocn.15320>
- ⁴⁵⁵ Jenkins, et al. (2021).
- ⁴⁵⁶ Power et al. (2020). *COVID-19 and Indigenous peoples: An imperative for action*.
- ⁴⁵⁷ Power et al. (2020).
- ⁴⁵⁸ Struszczyk, S., Galdas, P. M., & Tiffin, P. A. (2019). *Men and suicide prevention: A scoping review*. *Journal of Mental Health*, 28(1), 80-88. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370638>
- ⁴⁵⁹ Seidler, et al. (2016).
- ⁴⁶⁰ Gibbons, et al. (2015). *Beliefs and attitudes towards mental illness: An examination of the sex differences in mental health literacy in a community sample*.
- ⁴⁶¹ Cole, B. P., & Davidson, M. M. (2019). *Exploring men's perceptions about male depression*. *Psychology of Men and Masculinities*, 20(4), 459-466. <https://doi.org/10.1037/men0000176>
- ⁴⁶² Oliffe, et al. (2019). *Men's depression and suicide*.
- ⁴⁶³ Oliffe, J. L., Rossnagel, E., Bottorff, J. L., Chambers, S. K., Caperchione, C., & Rice, S. M. (2020). *Community-based men's health promotion programs: Eight lessons learnt and their caveats*. *Health Promotion International*, 35(5), 1230-1240. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz101>

- ⁴⁶⁴ Oliffe, J. L., McCreary, D. R., Black, N., Flannigan, R., & Goldenberg, S. L. (2020). Canadian men's health literacy: A nationally representative study. *Health Promotion Practice, 21*(6), 993-1003. <https://doi.org/10.1177/1524839919837625>
- ⁴⁶⁵ Oliffe, Rossnagel, et al. (2020). Community-based men's health promotion programs: eight lessons learnt and their caveats.
- ⁴⁶⁶ Seidler, Z. E., Rice, S. M., Kealy, D., Oliffe, J. L., & Ogradniczuk, J. S. (2020). What gets in the way? Men's perspectives of barriers to mental health services. *International Journal of Social Psychiatry, 66*(2), 105-110. <https://doi.org/10.1177/0020764019886336>
- ⁴⁶⁷ Fogarty, A. S., Spurrier, M., Player, M. J., Wilhelm, K., Whittle, E. L., Shand, F., Christensen, H., & Proudfoot, J. (2018). Tensions in perspectives on suicide prevention between men who have attempted suicide and their support networks: Secondary analysis of qualitative data. *Health Expectations, 21*(1), 261-269. <https://doi.org/10.1111/hex.12611>
- ⁴⁶⁸ Organisation mondiale de la Santé. (2014). Preventing suicide: A global imperative.
- ⁴⁶⁹ Burnette, C., Ramchand, R., & Ayer, L. (2015). Gatekeeper training for suicide prevention: A theoretical model and review of the empirical literature. *Rand Health Quarterly, 5*(1). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5158249/>
- ⁴⁷⁰ Ewell Foster, C. J., Burnside, A. N., Smith, P. K., Dramer, A. C., Wills, A., & King, C. A. (2017). Identification, response, and referral of suicidal youth following applied suicide intervention skills training. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 47*(3), 297-308. <https://doi.org/10.1111/sltb.12272>
- ⁴⁷¹ Sareen, J., Isaak, C., Bolton, S.-L., Enns, M. W., Elias, B., Deane, F., Munro, G., Stein, M. B., Chateau, D., Gould, M., & Katz, L. Y. (2013). Gatekeeper training for suicide prevention in First Nations community members: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety, 30*(10), 1021-1029. <https://doi.org/10.1002/da.22141>
- ⁴⁷² Struszczyk, et al. (2019). Men and suicide prevention: A scoping review.
- ⁴⁷³ Ferlatte, Salway, et al. (2019).
- ⁴⁷⁴ Ferlatte, Salway, et al. (2019).
- ⁴⁷⁵ Struszczyk, et al. (2019).
- ⁴⁷⁶ Seidler, Z. E., Rice, S. M., Kealy, D., Oliffe, J. L., & Ogradniczuk, J. S. (2020). Getting them through the door: A survey of men's facilitators for seeking mental health treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction, 18*(5), 1346-1351. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00147-5>
- ⁴⁷⁷ Ogradniczuk, J. S., Oliffe, J. L., & Beharry, J. (2018). HeadsUpGuys: Canadian online resource for men with depression [commentaire]. *Canadian Family Physician, 64*(2), 93-94. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5964376/pdf/0640093.pdf>
- ⁴⁷⁸ Struszczyk, et al. (2019).
- ⁴⁷⁹ Seidler, et al. (2020). Getting them through the door: A survey of men's facilitators for seeking mental health treatment.
- ⁴⁸⁰ Canetto & Sakinofsky. (1998). *The gender paradox in suicide*.
- ⁴⁸¹ Liu, et al. (2021). Changes over time in means of suicide in Canada: An analysis of mortality data from 1981 to 2018.
- ⁴⁸² King, C. A., Horowitz, A., Czyz, E., & Lindsay, R. (2017). Suicide risk screening in healthcare settings: Identifying males and females at risk. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 24*(1), 8-20. <https://doi.org/10.1007/s10880-017-9486-y>
- ⁴⁸³ Liu, et al. (2021).
- ⁴⁸⁴ King, et al. (2017). Suicide risk screening in healthcare settings: Identifying males and females at risk.
- ⁴⁸⁵ Bändealy, A., Herrera, N., Weissman, M., & Scheidt, P. (2020). Use of lethal means restriction counseling for suicide prevention in pediatric primary care. *Preventive Medicine, 130*, Article 105855. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.105855>
- ⁴⁸⁶ Barnhorst, A., Gonzales, H., & Asif-Sattar, R. (2021). Suicide prevention efforts in the United States and their effectiveness. *Current Opinion in Psychiatry, 34*(3), 299-305. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000682>
- ⁴⁸⁷ Rosen, M. R., Michael, K. D., & Jameson, J. (2020). CALM gatekeeper training is associated with increased confidence in utilizing means reduction approaches to suicide prevention among college resident assistants. *Journal of American College Health, 68*. <https://doi.org/10.1080/07448481.2020.1756825>

- ⁴⁸⁸ King, et al. (2017).
- ⁴⁸⁹ Bandedaly, et al. (2020). Use of lethal means restriction counseling for suicide prevention in pediatric primary care.
- ⁴⁹⁰ Barnhorst, et al. (2021). Suicide prevention efforts in the United States and their effectiveness.
- ⁴⁹¹ Rosen, et al. (2020). CALM gatekeeper training is associated with increased confidence in utilizing means reduction approaches to suicide prevention among college resident assistants.
- ⁴⁹² Rosen et al. (2020).
- ⁴⁹³ Arya, V., Page, A., Gunnell, D., Dandona, R., Mannan, H., Eddleston, M. & Armstrong, G. (2019). Suicide by hanging is a priority for suicide prevention: Method specific suicide in India (2001–2014). *Journal of Affective Disorders*, 257, 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.07.005>
- ⁴⁹⁴ Sinyor, M., Kiss, A., Williams, M., Zaheer, R., Pirkis, J., Heisel, M. J., Schaffer, A., Redelmeier, D. A., Cheung, A. H., & Niederkrotenthaler, T. (2021). Changes in suicide reporting quality and deaths in Ontario following publication of national media guidelines. *Crisis*, 42(5), <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000737>
- ⁴⁹⁵ Sale, E., Hendricks, M., Weil, V., Miller, C., Perkins, S., & McCudden, S. (2018). Counseling on access to lethal means (CALM): An evaluation of a suicide prevention means restriction training program for mental health providers. *Community Mental Health Journal*, 54(3), 293–301. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0190-z>
- ⁴⁹⁶ Canadian Journalism Forum on Violence and Trauma. (2020). En-tête : Reportage en santé mentale. <https://www.en-tete.ca/>
- ⁴⁹⁷ Stanley, I. H., Hom, M. A., Rogers, M. L., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2017). Discussing firearm ownership and access as part of suicide risk assessment and prevention: “means safety” versus “means restriction.” *Archives of Suicide Research*, 21(2), 237–253. <https://doi.org/10.1080/13811118.2016.1175395>
- ⁴⁹⁸ King, et al. (2017).
- ⁴⁹⁹ Fogarty, et al. (2018). Tensions in perspectives on suicide prevention between men who have attempted suicide and their support networks: Secondary analysis of qualitative data.
- ⁵⁰⁰ King, et al. (2017).
- ⁵⁰¹ Moscardini, E. H., Hill, R. M., Dodd, C. G., Do, C., Kaplow, J. B., & Tucker, R. P. (2020). Suicide safety planning: Clinician training, comfort, and safety plan utilization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(18), Article 6444. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186444>
- ⁵⁰² Stanley, B., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L., & Green, K. L. (2018). Comparison of the safety planning intervention with follow-up vs usual care of suicidal patients treated in the emergency department. *JAMA Psychiatry*, 75(9), 894–900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>
- ⁵⁰³ Struszczyk, et al. (2019).
- ⁵⁰⁴ Jewkes, et al. (2015). Hegemonic masculinity: Combining theory and practice in gender interventions.
- ⁵⁰⁵ King, et al. (2020).
- ⁵⁰⁶ Struszczyk, et al. (2019).
- ⁵⁰⁷ Oliffe, Rossnagel, et al. (2020).
- ⁵⁰⁸ Connell, R. W., & Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender and Society*, 19(6), 829–859. <https://doi.org/10.1177/0891243205278639>
- ⁵⁰⁹ Oliffe, Rossnagel, et al. (2020).
- ⁵¹⁰ Kiselica, M. S., & Englar-Carlson, M. (2010). Identifying, affirming, and building upon male strengths: The positive psychology/positive masculinity model of psychotherapy with boys and men. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(3), 276–287. <https://doi.org/10.1037/a0021159>
- ⁵¹¹ Seidler, Z. E., Rice, S. M., River, J., Oliffe, J. L., & Dhillon, H. M. (2018). Men’s mental health services: The case for a masculinities model. *Journal of Men’s Studies*, 26(1), 92–104. <https://doi.org/10.1177/1060826517729406>
- ⁵¹² Seidler, et al. (2016).
- ⁵¹³ Struszczyk, et al. (2019).
- ⁵¹⁴ Oliffe, Rossnagel, et al. (2020).
- ⁵¹⁵ Salami, et al. (2019).
- ⁵¹⁶ Salami, et al. (2019).

- ⁵¹⁷ Gross, P. A., Efimoff, I., Partrick, L., & Josewski V. (2016). The DUDES Club: A brotherhood for men's health. *Canadian Family Physician*, 62(6), e311-e318. <https://www.cfp.ca/content/62/6/e311>
- ⁵¹⁸ Gross, et al. (2016). *The DUDES Club: A brotherhood for men's health.*
- ⁵¹⁹ Ferlatte, Salway, et al. (2019).
- ⁵²⁰ Ferlatte, et al. (2018).
- ⁵²¹ Oliffe, Rossnagel, et al. (2020).
- ⁵²² Ferlatte, et al. (2021).
- ⁵²³ Oliffe, Rossnagel, et al. (2020).
- ⁵²⁴ Rice, et al. (2018). *Male depression subtypes and suicidality: Latent profile analysis of internalizing and externalizing symptoms in a representative Canadian sample.*
- ⁵²⁵ Rice, et al. (2021). *Male-type depression symptoms in young men with a history of childhood sexual abuse and current hazardous alcohol use.*
- ⁵²⁶ Rice, et al. (2018).
- ⁵²⁷ Walther, A., Grub, J., Ehlert, U., Wehrli, S., Rice, S., Seidler, Z. E., & Debelak, R. (2021). *Male depression risk, psychological distress, and psychotherapy uptake: Validation of the German version of the male depression risk scale.* *Journal of Affective Disorders Reports*, 4, Article 100107. <https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100107>
- ⁵²⁸ Tarsuslu, B., & Durat, G. (2021). *Psychometric properties of the Masculine Depression Scale in Turkish male university students.* *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(1), 287-294. <https://doi.org/10.1111/ppc.12561>
- ⁵²⁹ Seidler, et al. (2016).
- ⁵³⁰ Rice, et al. (2018).
- ⁵³¹ Rice, et al. (2021).
- ⁵³² Rice, et al. (2018).
- ⁵³³ Rice, et al. (2019).
- ⁵³⁴ King, et al. (2017).
- ⁵³⁵ Rhodes, A. E., Khan, S., Boyle, M. H., Tonmyr, L., Wekerle, C., Goodman, D., Bethell, J., Leslie, B., Lu, H., & Manion, I. (2013). *Sex differences in suicides among children and youth: The potential impact of help-seeking behaviour.* *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(5), 274-282. <https://doi.org/10.1177/070674371305800504>
- ⁵³⁶ Kealy, D., Rice, S. M., Ferlatte, O., Ogrodniczuk, J. S., & Oliffe, J. L. (2019). *Better doctor-patient relationships are associated with men choosing more active depression treatment.* *Journal of the American Board of Family Medicine*, 32(1), 13-19. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.01.170430>
- ⁵³⁷ King, et al. (2017).
- ⁵³⁸ Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). *Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence.* *American Journal of Psychiatry*, 159(6), 909-916. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909>
- ⁵³⁹ King, et al. (2017).
- ⁵⁴⁰ Kealy et al. (2019). *Better doctor-patient relationships are associated with men choosing more active depression treatment.*
- ⁵⁴¹ Bilsker, D., Fogarty, A. S., & Wakefield, M.A. (2018). *Critical issues in men's mental health.* *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(9), 590-596. <https://doi.org/10.1177/0706743718766052>
- ⁵⁴² Klaassen, Z., Arora, K., Wilson, S. N., King, S. A., Madi, R., Neal, D. E., Jr., Kurdyak, P., Kulkarni, G. S., Lewis, R. W., & Terris, M. K. (2018). *Decreasing suicide risk among patients with prostate cancer: Implications for depression, erectile dysfunction, and suicidal ideation screening.* *Urologic Oncology: Seminars and Original Investigations*, 36(2), 60-66. <https://doi.org/10.1016/j.urolonc.2017.09.007>
- ⁵⁴³ Kealy, et al. (2019).
- ⁵⁴⁴ Kealy, et al. (2019).
- ⁵⁴⁵ Affleck, et al. (2018).
- ⁵⁴⁶ Seidler, Z. E., Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., Oliffe, J. L., & Dhillon H. M. (2018). *Engaging men in psychological treatment: A scoping review.* *American Journal of Men's Health*, 12(6), 1882-1900. <https://doi.org/10.1177/1557988318792157>
- ⁵⁴⁷ Ferlatte, et al. (2021).

- ⁵⁴⁸ Pullen Sansfaçon, et al. (2021). *Growing up trans in Canada, Switzerland, England, and Australia: Access to and impacts of gender-affirming medical care.*
- ⁵⁴⁹ Horwitz, et al. (2021). *Risk and protective factors for suicide among sexual minority youth seeking emergency medical services.*
- ⁵⁵⁰ Seidler, et al. (2016).
- ⁵⁵¹ Struszczyk, et al. (2019).
- ⁵⁵² Struszczyk, et al. (2019).
- ⁵⁵³ Kealy et al. (2019).
- ⁵⁵⁴ Oliffe, Ferlatte, et al. (2021).
- ⁵⁵⁵ Struszczyk, et al. (2019).
- ⁵⁵⁶ Litwin, H., & Stoeckel, K. J. (2014). *Confidant network types and well-being among older Europeans.* *Gerontologist*, 54(5), 762-772. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt056>
- ⁵⁵⁷ Oliffe, Rossnagel, et al. (2020).
- ⁵⁵⁸ Whitley, R. (2018). *Men's mental health: Beyond victim-blaming.* *Canadian Journal of Psychiatry*, 63(9), 577-580. <https://doi.org/10.1177/0706743718758041>
- ⁵⁵⁹ Nurmi, M. A., Mackenzie, C. S., Roger, K., Reynolds, K., & Urquhart, J. (2018). *Older men's perceptions of the need for and access to male-focused community programmes such as Men's Sheds.* *Ageing and Society*, 38(4), 794-816. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001331>
- ⁵⁶⁰ Oliffe, Rossnagel, et al. (2020).
- ⁵⁶¹ Commission de la santé mentale du Canada. (2020). *La santé mentale dans les communautés rurales et éloignées du Canada. Résumé des données probantes sur les pratiques exemplaires et prometteuses.* https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2020-05/Rural_remote_mental_health_evidence_brief_fr.pdf
- ⁵⁶² Ferlatte, et al. (2019). *Suicide prevention from the perspectives of gay, bisexual, and two-spirit men.*
- ⁵⁶³ Oliffe, Rossnagel, et al. (2020).
- ⁵⁶⁴ Rice, S. M., Goodall, J., Hetrick, S. E., Parker, A. G., Gilbertson, T., Amminger, G. P., Davey, C. G., McGorry, P. D., Gleeson, J., & Alvarez-Jimenez, M. (2014). *Online and social networking interventions for the treatment of depression in young people: A systematic review.* *Journal of Medical Internet Research*, 16(9), Article e3304. <https://doi.org/10.2196/jmir.3304>
- ⁵⁶⁵ Seidler, et al. (2016).
- ⁵⁶⁶ Hasking, P., Lewis, S. P., Bloom, E., Brausch, A., Kaess, K., & Robinson, K. (2021). *Impact of the COVID-19 pandemic on students at elevated risk of self-injury: The importance of virtual and online resources.* *School Psychology International*, 42(1), 57-78. <https://doi.org/10.1177/0143034320974414>
- ⁵⁶⁷ Seidler, et al. (2016).
- ⁵⁶⁸ Struszczyk, et al. (2019).
- ⁵⁶⁹ Rice, et al. (2014). *Online and social networking interventions for the treatment of depression in young people: A systematic review.*
- ⁵⁷⁰ Fogarty, et al. (2018).
- ⁵⁷¹ Commission de la santé mentale du Canada. (2019). *Projet de démonstration du Modèle de soins par paliers 2.0 en cybersanté mentale : Rapport final.* https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2019-09/emental_health_report_fr_0.pdf
- ⁵⁷² Toombs, et al. (2021).
- ⁵⁷³ Ogrodniczuk, J. S., Beharry, J., & Oliffe, J. L. (2021). *An evaluation of 5-year web analytics for HeadsUpGuys: A men's depression e-mental health resource.* *American Journal of Men's Health*, 15(6). <https://doi.org/10.1177/15579883211063322>
- ⁵⁷⁴ Ogrodniczuk, et al. (2021). *An evaluation of 5-year web analytics for HeadsUpGuys: A men's depression e-mental health resource.*
- ⁵⁷⁵ Seidler, et al. (2016).
- ⁵⁷⁶ Seidler, et al. (2016).

- ⁵⁷⁷ Kivari, C. A., Oliffe, J. L., Borgen, W. A., & Westwood, M. J. (2018). No man left behind: Effectively engaging male military veterans in counseling. *American Journal of Men's Health*, 12(2), 241-251.
<https://doi.org/10.1177/1557988316630538>
- ⁵⁷⁸ Struszczyk, et al. (2019).
- ⁵⁷⁹ Oliffe, Rossnagel, et al. (2020).
- ⁵⁸⁰ Fogarty, et al. (2018).
- ⁵⁸¹ Kivary, et al. (2018). No man left behind: Effectively engaging male military veterans in counseling.
- ⁵⁸² Seidler, et al. (2016).
- ⁵⁸³ King, K., Kryszynska, K., & Nicholas, A. (2021). A rapid review to determine the suicide risk of separated men and the effectiveness of targeted suicide prevention interventions. *Advances in Mental Health*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/18387357.2021.1977666>
- ⁵⁸⁴ Richardson, et al. (2021).
- ⁵⁸⁵ Wolford-Clevenger, et al. (2016).
- ⁵⁸⁶ Devries, et al. (2013).
- ⁵⁸⁷ Sugg. (2015).
- ⁵⁸⁸ Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Gonzalez Montaner, G., Seidler, Z. E., Maher, B., & Rice, S. M. (2021). Men building better relationships: A scoping review. *Health Promotion Journal of Australia*, 33(1), 126-137.
<https://doi.org/10.1002/hpja.463>
- ⁵⁸⁹ Struszczyk, et al. (2019).
- ⁵⁹⁰ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Seidler, et al. (2021). Men building better relationships: A scoping review.
- ⁵⁹¹ Agence de la santé publique du Canada (2020).
- ⁵⁹² Statistique Canada. (2022). Les principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge (tableau 13-10-0394-01).
- ⁵⁹³ Varin, et al. (2021).
- ⁵⁹⁴ Cavanagh, et al. (2017). Differences in the expression of symptoms in men versus women with depression: A systematic review and meta-analysis.
- ⁵⁹⁵ Martin, et al. (2013).
- ⁵⁹⁶ Seidler, et al. (2016).
- ⁵⁹⁷ Oliffe & Phillips. (2008).
- ⁵⁹⁸ Rice, et al. (2019).
- ⁵⁹⁹ Magovcevic & Addis. (2008).
- ⁶⁰⁰ Milner, et al. (2019).
- ⁶⁰¹ Moss-Racusin, et al. (2010). When men break the gender rules: Status incongruity and backlash against modest men.
- ⁶⁰² Clement, et al. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies.
- ⁶⁰³ Affleck, et al. (2018).
- ⁶⁰⁴ Persett, et al. (2018). Patients admitted to hospital after suicide attempt with violent methods compared to patients with deliberate self-poisoning: A study of background variables, somatic and psychiatric health and suicidal behavior.
- ⁶⁰⁵ Bilban & Škibin. (2005). Presence of alcohol in suicide victims.
- ⁶⁰⁶ Cibis, et al. (2012).
- ⁶⁰⁷ Seidler, et al. (2016).
- ⁶⁰⁸ Vogel & Heath. (2016).
- ⁶⁰⁹ McDermott, et al. (2018).
- ⁶¹⁰ Affleck, et al. (2018).
- ⁶¹¹ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ⁶¹² Statistique Canada. (2017). Indicateurs de la santé, selon l'identité autochtone, taux normalisés selon l'âge, estimations pour une période de quatre ans (tableau 13-10-0458-01).

- ⁶¹³ Kumar & Tjepkema. (2019).
- ⁶¹⁴ Ferlatte, Salway, et al. (2019).
- ⁶¹⁵ Ferlatte, et al. (2015). *Suicide related ideation and behavior among Canadian gay and bisexual men: A syndemic analysis.*
- ⁶¹⁶ Saunders, et al. (2019).
- ⁶¹⁷ Amiri. (2020).
- ⁶¹⁸ Said, et al. (2021).
- ⁶¹⁹ Forte, et al. (2018). *Suicide risk among immigrants and ethnic minorities: A literature overview.*
- ⁶²⁰ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ⁶²¹ Barry, et al. (2020).
- ⁶²² Mohatt, et al. (2021).
- ⁶²³ Rhew, et al. (2011).
- ⁶²⁴ Creighton, et al. (2017). "Things I did not know": Retrospectives on a Canadian rural male youth suicide using an instrumental photovoice case study.
- ⁶²⁵ Crawford. (2016). *Suicide among Indigenous peoples in Canada.*
- ⁶²⁶ Fast & Collin-Vézina. (2019). *Historical trauma, race-based trauma, and resilience of Indigenous peoples: A literature review.*
- ⁶²⁷ Ferlatte, Salway, et al. (2019).
- ⁶²⁸ Ferlatte, Oliffe, et al. (2019).
- ⁶²⁹ Ferlatte, et al. (2018).
- ⁶³⁰ Ferlatte, et al. (2021).
- ⁶³¹ Peterson, et al. (2020). *Suicide rates by industry and occupation – National Violent Death Reporting System, 32 states, 2016.*
- ⁶³² Martin, et al. (2016).
- ⁶³³ DCruz, et al. (2018). *A cry for help: Suicide attempts by an Iraqi refugee and the role of community service learning.*
- ⁶³⁴ Salami, et al. (2019).
- ⁶³⁵ Oliffe, Kelly, Gonzales Montaner, Links, et al. (2021).
- ⁶³⁶ Barry, et al. (2020).
- ⁶³⁷ Mohatt, et al. (2021).
- ⁶³⁸ Rhew, et al. (2011).
- ⁶³⁹ Creighton, et al. (2017).
- ⁶⁴⁰ Crawford, A., (2016).
- ⁶⁴¹ Fast & Collin-Vézina. (2019).
- ⁶⁴² Ferlatte, Salway, et al. (2019).
- ⁶⁴³ Ferlatte, Oliffe, et al. (2019).
- ⁶⁴⁴ Ferlatte, et al. (2018).
- ⁶⁴⁵ Ferlatte, et al. (2021).
- ⁶⁴⁶ Peterson, et al. (2020).
- ⁶⁴⁷ Martin, et al. (2016).
- ⁶⁴⁸ DCruz, et al. (2018).
- ⁶⁴⁹ Salami, et al. (2019).
- ⁶⁵⁰ Cerel, J., Brown, M. M., Myfanwy, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2018). *How many people are exposed to suicide? Not six. Suicide and Life-Threatening Behavior, 49(2), 529-534.*
<https://doi.org/10.1111/sltb.12450>



Commission de la santé mentale
du Canada

Mental Health
Commission
of Canada

Commission de la santé mentale du Canada, 2022

350, rue Albert, bureau 1210


Ottawa (Ontario) K1R 1A4

Tél. : 613.683.3755

Télééc. : 613 798-2989

 @CSMC_MHCC  /theMHCC

 /1MHCC  @theMHCC

 /Commission de la santé mentale du Canada

 /theMHCC