

Les interventions évaluées dans le champ de la prévention du suicide : analyse de la littérature

Dans quelle mesure les interventions en matière de prévention du suicide sont-elles efficaces ? La revue de littérature réalisée à partir des actions évaluées au niveau international vient préciser les différentes pistes d'intervention envisageables. L'analyse proposée ici permet de mettre en lumière les éléments utiles à la réflexion ainsi qu'à l'élaboration d'actions.

La France se classe parmi les pays occidentaux à forte mortalité par suicide. Le suicide y représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans, juste après les accidents de la route, et la première cause de mortalité chez les 25-34 ans. Bien que les chiffres de mortalité publiés par l'Inserm enregistrent une tendance constante à la baisse depuis la fin des années 1980, des données récentes relatives aux tentatives de suicide (TS) suggèrent une tendance à la hausse entre 2005 et 2010 (1). Celle-ci coïncide d'ailleurs avec une augmentation de la mortalité par suicide observée dans d'autres pays européens, en lien notamment avec la crise économique de 2008. Dans ce contexte, la prévention du suicide fait l'objet d'une attention particulière des pouvoirs publics¹ et d'une réflexion sur les modalités d'action à mettre en œuvre.

Analyse et classification des interventions

Afin d'outiller cette réflexion et de proposer quelques lignes directrices pour l'action, nous avons conduit une revue de littérature dont nous présentons ici les principaux éléments et résultats. Ce travail s'appuie principalement sur l'exploitation et l'actualisation de la base bibliographique (sans doute la plus exhaustive dans ce champ) d'une revue systématique de la littérature publiée en 2008 par Leitner, Barr et Hobby (2).

Quarante-deux études d'évaluation présentant des résultats sur au moins l'un des trois indicateurs suivants : les suicides, les tentatives de suicide et les pensées suicidaires (PS) ont été analy-

sées. Pour faciliter le travail d'analyse, les articles ont été regroupés selon une classification en sept catégories d'intervention :

- la restriction des moyens létaux (armes à feu, médicaments, etc.) ;
- le maintien d'un contact (avec les personnes à risque suicidaire) ;
- les lignes d'appel ;
- l'information des médecins généralistes ;
- les programmes en milieu scolaire ;
- l'organisation des soins ;
- les campagnes d'information du public.

La restriction des moyens létaux

Les sept études qui analysent cette thématique rapportent toutes l'impact positif de la restriction des moyens létaux. Selon les besoins et les possibilités d'action, la réduction de l'accès aux moyens létaux peut être implantée aussi bien à un niveau national, par la mise en application de lois et réglementations (limitation des armes à feu, du taux de monoxyde de carbone dans le gaz de ville ou les carburants, de la dose de paracétamol dans les paquets en vente libre), que local (sécurisation des lieux à risques et de leur environnement, prisons, hôpitaux psychiatriques, etc.). Une troisième voie est parfois évoquée : la mise en place de stratégies au niveau individuel, c'est-à-dire dans l'environnement de la personne à risque, notamment pour limiter les possibilités de récurrence.

Le maintien d'un contact avec les patients à risque de récurrence

Parmi les cinq études considérées dans cette section, trois ont montré l'ef-

ficacité de ce type d'intervention. Ainsi, pour être influent, le maintien du contact avec le patient doit être actif et non laissé à la seule initiative du patient, régulier (entre quatre et huit contacts par an), s'inscrire dans la durée (entre un et cinq ans) et comporter une dimension personnelle et relationnelle.

À titre d'illustration, une étude a évalué l'impact d'un programme conduit dans cinq pays (Brésil, Inde, Sri Lanka, Iran, Chine) destiné à organiser le maintien d'un contact à la sortie de l'hôpital avec des patients ayant effectué une tentative de suicide. Neuf contacts (téléphoniques ou sous forme de visites à domicile) étaient réalisés à une, deux, quatre, sept et onze semaines puis à quatre, six, douze et dix-huit mois d'intervalle. Significativement, dans le groupe de patients ayant bénéficié de ce programme, moins de suicides ont été rapportés. Des programmes similaires intégrant notamment l'envoi de cartes postales² ont également obtenu des effets positifs.

Les lignes et centres d'appel

Sur les six études consacrées à l'évaluation des lignes et centres d'appel, cinq ont montré un impact positif : quatre sur les taux de suicides accomplis et une sur les pensées suicidaires (*NDLR : lire aussi les articles sur les services d'écoute téléphonique dans le dossier central de ce numéro*).

Plusieurs pistes de prévention sont à considérer : d'une part, la facilitation de l'accès aux lignes d'appel dans les lieux à risque de suicide, d'autre part, le développement d'un service actif de suivi des personnes (« appels sortants »),

soit dans une démarche de prévention (personnes suicidaires, à l'image de ce qui a été développé dans la section précédente), soit dans une démarche de promotion en direction de personnes isolées et vulnérables telles que les personnes âgées. Enfin, si les lignes d'appel ont une fonction préventive, il semble d'autant plus intéressant de réfléchir à la définition de protocoles d'écoute à adapter en fonction des caractéristiques et des situations d'appel.

La formation des médecins généralistes

Les médecins généralistes ont le potentiel pour constituer un relais essentiel dans la prévention du suicide. À titre de référence, il a été estimé dans une étude danoise que 64 % des suicidés avaient rencontré leur médecin le mois précédent le suicide et 92 % l'année précédente.

Sur les quatre études relevant de cette catégorie d'intervention, la moitié a montré une efficacité sur des indicateurs de suicide. Au regard des interventions évaluées, il semble nécessaire, pour avoir un impact significatif sur les taux de suicide, que la formation des médecins généralistes soit ciblée sur une pathologie spécifique (ex : troubles dépressifs), continue ou bien régulière au cours des années, et dispensée très largement.

L'intervention en milieu scolaire

Parmi les sept interventions analysées dans cette section, trois portent sur la population générale des élèves, dont une a montré une efficacité sur les tentatives de suicide, et quatre ciblent des élèves à risque suicidaire, dont deux ont obtenu un impact positif sur les pensées suicidaires.

L'évaluation des interventions ciblées sur les élèves à risque en milieu scolaire montre que la formation d'adultes peut être bénéfique mais également suffisante, dans le sens où les programmes de soutien par les pairs ne semblent pas apporter de valeur ajoutée. Le risque de stigmatisation et de dévoilement d'une souffrance dans un environnement qui n'est pas toujours sécurisant (l'école) et le risque d'accroître le sentiment de culpabilité des adolescents confrontés à la tentative de suicide d'un pair plaident d'ailleurs pour une utilisation prudente des programmes s'appuyant sur les pairs. La seule intervention (programme SOS, « *signs of suicide* ») fondée sur



© Elisabeth Berger

l'éducation et l'information des pairs ayant démontré une efficacité s'inscrivait dans le cadre d'un cours didactique (connaissances sur la dépression et le suicide, les outils de repérage et les solutions) organisé sur deux jours et dispensé à l'ensemble des lycéens. Le matériel du programme était composé d'un guide, d'un support vidéo et d'une échelle auto-diagnostique des troubles dépressifs. Le message pédagogique insistait sur l'importance de « reconnaître, soutenir et dire ».

L'organisation de la prise en charge

Sur les douze études considérées pour cette catégorie d'intervention, seulement cinq présentent des preuves solides d'efficacité. Les interventions ayant obtenu des résultats sont celles qui organisent l'effectivité du recours aux soins soit directement dans la structure d'accueil, soit à l'extérieur. Une étude danoise, publiée en 2005, a par exemple montré l'efficacité d'un accueil dans un centre spécialisé (six lits) avec suivi d'une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pendant deux semaines en comparaison à la prise en charge habituelle sur le taux de récurrence des tentatives de suicide. Une étude britannique de 2004 a constaté que le simple fait d'être adressé à un spécialiste à la sortie des urgences de l'hôpital diminuait le taux de récurrence. *A contrario*, le suivi social des personnes ayant effectué une tentative de suicide s'appuyant sur des réseaux sentinelles n'a,

semble-t-il, montré que peu d'efficacité. La seule intervention, en l'occurrence australienne, ayant montré un impact positif s'appuyait sur un dispositif individualisé (mise à disposition d'un intervenant personnel), proactif (supervisant l'ensemble des démarches), avec un suivi intensif du patient pendant les six premières semaines après la sortie de l'hôpital.

L'information du public

Sur les trois études disponibles, deux ont montré un impact positif sur la réduction des suicides.

L'une était un programme de prévention des troubles dépressifs conduit dans la ville de Nuremberg. L'intervention comprenait trois volets :

- une campagne de communication (site Internet, affiche, brochure, etc.) à destination du grand public ;
- l'information et la formation des professionnels (médecins généralistes, prêtres, policiers, enseignants et journalistes) ;
- le soutien des patients et de leurs familles.

La seconde étude aux conséquences positives était un programme d'information, de repérage et de prise en charge de la dépression des personnes âgées, implanté par les autorités et services locaux dans certaines campagnes japonaises.

Dans ces deux études, l'information du public était réalisée au niveau local et jumelée à une proposition directe de prise en charge et d'offre de soins.

Pistes de réflexion sur l'efficacité des interventions

Considérant les études les plus rigoureuses d'un point de vue méthodologique, M. Leitner *et al.* (2) présentent trois catégories d'interventions efficaces : la restriction de l'accès aux moyens létaux, le maintien du contact avec les patients sortis de l'hôpital suite à une tentative de suicide, et la mise en place de centres d'appel et d'urgence.

La restriction de l'accès aux moyens létaux est également citée par C. M. Van der Feltz-Cornelis *et al.*, dans une revue de revues systématiques publiée en 2011 comme l'une des trois meilleures pratiques de prévention du suicide (3).

En phase avec les conclusions de M. Leitner *et al.*, D. Lizardi et B. Stanley (4) insistent également sur l'importance de maintenir un contact substantiel (téléphone, visite à domicile, lettres) avec les patients sortis de l'hôpital. Selon notre analyse, les modalités d'intervention les plus efficaces impliquent un nombre important de contacts sur une période relativement longue. Ces contacts doivent être à l'initiative des soignants et avoir une dimension relationnelle et personnelle.

Concernant les lignes d'appel, les éléments issus de notre analyse vont dans le sens d'un impact positif sur la réduction des taux de suicide. Toutefois, la recherche demeure extrêmement limitée autour de ces pratiques ; elle devrait être développée dans un objectif de mutualisation et de formation, et la question des appels sortants pourrait être considérée au regard des effets bénéfiques observés dans les interventions consistant à maintenir un contact (NDLR : lire à ce propos les articles sur la formation des écoutants et l'évaluation des services d'écoute téléphonique, dans le dossier central de ce numéro).

Concernant la réorganisation des soins, deux revues récentes insistent sur l'importance de la transition entre le service des urgences et le système de soins à l'extérieur de l'hôpital, ainsi que sur l'accessibilité aux soins pour les personnes à risque (3, 4). Il semble en effet que les interventions les plus efficaces sont celles qui assurent la continuité effective des soins après la sortie de l'hôpital, ou qui engagent une prise en charge thérapeutique au sein même du service hospitalier. Il convient cependant de considérer avec attention des initiatives aussi simples et peu coûteuses que le fait d'être orienté vers un spécialiste (NDLR : psychiatre, psychothérapeute) après la sortie des urgences hospitalières suite à une tentative de suicide.

En ce qui concerne les programmes de prévention en milieu scolaire, une revue récente de la littérature conclut qu'il existe des preuves d'efficacité sur les connaissances, attitudes et comportements de recherche d'aide. En revanche, il n'est pas établi que ces programmes aient un impact sur les taux de suicide ou de tentative de suicide (5).

Enfin, nos données d'évaluation des campagnes d'information du grand public montrent des effets positifs dans la mesure où celles-ci visent les facteurs de risque du suicide (tels que la dépression) et non directement la prévention du suicide, et à condition qu'elles soient directement associées à une offre de prise en charge. Les exemples les plus probants que nous avons pu analyser ont été conduits à un niveau local. Plusieurs études soulignent que seuls les programmes à long terme réussissant à constituer un réseau impliquant divers acteurs locaux aux différents niveaux du processus de prévention pourraient contribuer à réduire les taux de suicide.

En conclusion, il existe de nombreuses pistes d'intervention possibles. La grande majorité s'articule autour de la prise en charge de la souffrance psychologique et propose des axes d'inter-

vention relativement classiques (formation des professionnels de santé, accessibilité aux soins, rôle des lignes d'appel) susceptibles toutefois d'être améliorés. D'autres pistes plus originales et relativement peu coûteuses, comme la mise en place d'une correspondance après la sortie de l'hôpital avec les personnes ayant effectué une tentative de suicide, semblent également intéressantes à envisager. Enfin, des initiatives relevant de la promotion de la santé, c'est-à-dire en amont de l'apparition des états de souffrance psychique, méritent aussi qu'on y prête attention. On peut notamment penser à la mise en place de plateformes de services innovantes intégrant des services médico-sociaux et des services de proximité, notamment pour les personnes âgées isolées (6).

Enguerrand du Roscoät

Chargé d'études et de recherche,

François Beck

Chef du département Enquêtes et analyses statistiques, Inpes.

1. Cette recherche a été conduite dans le cadre des travaux préparatoires à l'élaboration du Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014 rendu public début septembre 2011.

2. À titre d'exemple, le contenu des cartes postales était le suivant : « Cher... : Cela fait un certain temps que vous étiez dans notre service à l'hôpital et nous espérons que les choses vont bien pour vous. Si vous souhaitez nous laisser un mot, nous serions très heureux d'avoir de vos nouvelles. »

► Références bibliographiques

- (1) Beck F., Guignard R., du Roscoät E., Saias T. Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 2011, n° 47-48 : p. 488-492. En ligne : www.invs.sante.fr/content/download/24991/137049/version/6/file/BEH_47_48_2011.pdf
- (2) Leitner M., Barr W., Hobby L. *Effectiveness of interventions to prevent suicide and suicidal behaviour: a systematic review*. Edinburgh: Scottish government social research, 2008 : 78 p. En ligne : www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/209331/0055420.pdf
- (3) Van der Feltz-Cornelis C.M., Sarchiapone M., Postuvan V., Volker D., Roskar S., Grum A.T., et al. Best practice elements of multilevel suicide prevention strategies: a review of systematic reviews. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2011, vol. 32, n° 6 : p. 319-333. En ligne : psycontent.metapress.com/content/t727415132845581/fulltext.pdf
- (4) Lizardi D., Stanley B. Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatric Services*, 2010, vol. 61, n° 12 : p. 1183-1191. En ligne : ps.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3920/10ps1183.pdf
- (5) Cusimano M.D., Sameem M. The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents: a systematic review. *Injury Prevention*, 2011, vol. 17, n° 1 : p. 43-49. En ligne : <http://injuryprevention.bmj.com/content/17/1/43.full.pdf+html>
- (6) De Leo D., Carollo G., Dello Buono M. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. *The American Journal of Psychiatry*, 1995, vol. 152, n° 4 : p. 632-634.