

UNIVERSITE LILLE 2
UNIVERSITE PARIS 13
APHM/CHU SAINTE MARGUERITE, Marseille
CCOMS, EPSM Lille Métropole

MEMOIRE POUR LE DIPLOME INTER-UNIVERSITAIRE
SANTÉ MENTALE DANS LA COMMUNAUTE :
ETUDE ET APPLICATIONS

ANNEE 2013

**Interventions de prévention du suicide efficaces
en France et à l'étranger :
où en est-on en termes d'évaluation ?**

Présentée par

Florentina RAFAEL

Tuteur

Professeur Guillaume VAIVA

*Il n'aurait fallu
Qu'un moment de plus
Pour que la mort vienne
Mais une main nue
Alors est venue
Qui a pris la mienne*

Extrait de Le roman inachevé Louis Aragon

Remerciements

Je tiens tout d'abord à exprimer ma gratitude au *Docteur Jean-Luc Roelandt*, Directeur du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), d'avoir initié ce diplôme très enrichissant.

Je remercie également les responsables pédagogiques de ce Diplôme inter-universitaire, *Messieurs les Professeurs Antoine Lazarus* (Paris 13 Bobigny), *Guillaume Vaiva* (Lille), *Christophe Lançon* et *Jean Naudin* (Marseille), pour les enseignements de qualité. Un remerciement particulier au Professeur *Guillaume Vaiva* qui a accepté d'encadrer ce travail. Merci pour sa lecture attentive et ses conseils amicaux.

Un chaleureux merci aux coordinateurs des trois sessions à savoir : *Madame Aude Caria* (Paris), *Monsieur Nicolas Daumerie* (Lille), *Mesdames Andréa Michel* et *Pauline Guezennec* (Marseille) pour avoir si bien organisé la logistique de ces sessions, nous permettant de nous réunir dans les meilleures conditions. Un grand merci pour leur disponibilité constante.

Je remercie également l'ensemble des intervenants du Diplôme inter-universitaire, pour les temps d'enseignement qui ont été de qualité et/ou pour les visites.

Je n'oublie pas de mentionner les secrétaires des différentes institutions pour leurs suivis administratifs. Un merci particulier à *Mesdames Astrid Garzaro*, *Lakbira Belkouch* et *Lydie Robin*.

Enfin, je remercie mes collègues de promotion pour les moments formidables partagés, les fous-rires, les discussions et tant d'autre... Que le Carrousel que nous avons emprunté ensemble ne cesse de tourner encore et encore pour nous rapprocher toujours plus de la santé mentale communautaire...

Table des matières

Remerciements	I
Liste des abréviations	III
Introduction	1
1 Généralités.....	2
1.1 Suicides et Tentatives de suicide : quelques rappels	2
1.1.1 Définitions	2
1.1.2 Suicides et Tentatives de suicide dans le monde.....	3
1.1.3 Suicide et Tentatives de suicide en France.....	6
1.1.4 Conséquences du suicide et des tentatives de suicide	10
1.1.5 Déterminants	10
1.2 Prévention du phénomène suicidaire	13
1.2.1 Prévention primaire	13
1.2.2 Prévention secondaire	14
1.2.3 Prévention tertiaire	14
1.2.4 Stratégies de prévention selon l’OMS.....	14
2 Objectif de l’étude	15
3 Méthodologie	15
4 Résultats	17
5 Discussion	26
6 Perspectives	30
6.1 Perspectives pour la clinique	30
6.2 Perspectives pour la santé publique.....	31
Conclusion.....	32
Références	33

Liste des abréviations

CCOMS	:	Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé
CépiDc	:	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
CH	:	Centre Hospitalier
CIDI	:	World Health Organization Composite International Diagnostic Interview for Primary Care
DREES	:	Direction de la Recherche et des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques
DIU	:	Diplôme Inter-Universitaire
EPSM	:	Etablissement Public de Santé Mentale
ESMeD	:	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
ERC	:	Etude Randomisée Contrôlée
GC	:	Groupe Contrôle
GI	:	Groupe ayant subi l'Intervention
HDRS	:	Hamilton Depression Rating Scale
IC	:	Indice de Corrélation ou Intervalle de Confiance
INPES	:	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	:	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	:	Institut National des Statistiques Et de la Recherche Médicale
mCES-D	:	Center for Epidemiologic Studies-Depression scale
MHAP	:	Mental Health Awareness Project
MMSE	:	Mini Mental State Examination
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé ou World Health Organization (WHO)
PROSPECT	:	Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial
QuEST	:	Quality Enhancement by Strategic Teaming
SMPG	:	Enquête Santé Mentale en Population Générale
SSI	:	Scale for Suicidal Ideation
TS	:	Tentative de Suicide

Introduction

Selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), un million de personnes se suicident chaque année dans le monde (OMS, 2004) et ce nombre pourrait s'élever à 1,5 million en 2020. Quel que soit le pays, la mortalité liée au suicide le place parmi les 20 principales causes de décès à l'échelle mondiale, tous âges confondus (OMS, 2012). Les décès imputables au suicide ne sont qu'une partie d'un très grave problème. Car en plus de ce nombre important de personnes qui se donnent la mort, un bien plus grand nombre tentent de se suicider mais survivent à cette tentative. Ainsi, les tentatives de suicide sont-elles plus fréquentes que les suicides et, bien que leur nombre soit difficile à quantifier, on estime que 10 à 20 millions de tentatives de suicide sont enregistrées chaque année. Le phénomène suicidaire est donc un réel problème de santé publique qui touche non pas uniquement un individu donné, mais l'ensemble de la communauté à savoir famille, proches, corps médical, professionnels de santé et socioéducatifs, élus, etc.

Ce mémoire aborde le thème de la prévention du suicide. Il s'inscrit comme une épreuve obligatoire à l'obtention du Diplôme-Inter Universitaire (DIU) orienté vers la santé mentale communautaire. Il est le résultat d'une démarche exploratoire qui tente d'analyser comment un phénomène aussi complexe que le suicide est pris en charge par la communauté. Existe-t-il des moyens efficaces de prévention du suicide ? Si oui, quels sont-ils et comment s'articulent-ils avec la santé mentale communautaire ?

L'objectif de ce travail est de répertorier et d'analyser à l'aide d'une revue de la littérature, les résultats des études évaluant les dispositifs de prévention du suicide. Une analyse fine des résultats obtenus et des potentiels facteurs contribuant à leur succès, pourrait permettre d'apporter un éclairage supplémentaire à la thématique.

Dans un premier temps, nous aborderons des généralités au sujet du suicide et des tentatives de suicide. Dans cette section, seront définis les termes qui seront employés. Seront également présentés quelques données épidémiologiques, puis des éléments relatifs à la prévention même du suicide. Dans la seconde partie nous détaillerons la méthodologie de travail qui a été utilisée. La troisième partie présentera les principaux résultats. Enfin, la quatrième partie sera consacrée à la discussion de ces derniers. Nous finirons par une synthèse générale, puis donnerons des recommandations avant de conclure.

1 Généralités

1.1 Suicides et Tentatives de suicide : quelques rappels

Avant d'aborder les éléments relatifs à ce travail, il convient d'énoncer quelques définitions des termes qui seront employés tout au long de ce document.

1.1.1 Définitions

Le suicide vient du latin « *sui* » qui signifie soi-même et du déverbal « *caedere* », un mot violent signifiant abattre, massacrer, faire tomber, tuer. Le terme suicide est donc un mot associé à une mort violente. Il désigne l'acte par lequel un sujet se donne volontairement la mort. L'OMS le définit comme étant « *tout acte délibéré de mettre fin à ses jours, accompli par une personne qui en connaît parfaitement, ou en espère, l'issue fatale* » (OMS, 2002). Dans ce contexte, on parle de mortalité suicidaire et de sujets suicidés pour désigner tout individu dont la conduite suicidaire a abouti à son décès.

La tentative de suicide (TS) est plus difficile à définir du fait de l'hétérogénéité des comportements suicidaire et de la difficulté à attribuer à un individu la même intentionnalité qu'à un autre. La TS est employée pour désigner « *tout acte inhabituel commis consciemment par un individu dans le but de se donner la mort mais n'aboutissant pas à la mort* » (OMS, 2002). Ces actes peuvent correspondre à un geste de violence sur sa propre personne, à l'ingestion d'une substance toxique ou de médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique, ou à tout autre acte par lequel l'individu va mettre consciemment sa vie en jeu, soit de manière objective, soit de manière symbolique. Le « suicidant » va donc renvoyer à une personne qui a survécu à son geste suicidaire. On parlera de primo suicidant pour désigner un individu qui a commis un premier geste suicidaire mais qui n'avait pas d'antécédent de TS, par opposition au récidiviste. Enfin, de la même manière que l'on évoque la mortalité suicidaire pour les suicides, on parle de morbidity suicidaire pour les TS.

Les équivalents suicidaires sont des conduites dites « à risque » qui témoignent d'un désir inconscient de jeu avec la mort (OMS, 2002). Il s'agit par exemple des conduites addictives, des auto-mutilations répétées, des refus de s'alimenter, de l'absence de coopération au traitement médical pour des sujets sévèrement malades etc. Ces conduites ne sont pas considérées comme des TS.

Les conduites suicidaires comprennent les suicides, mais aussi les TS. Certaines conduites à risque s'apparentant à des « équivalents suicidaires ».

Les idées suicidaires correspondent à l'élaboration mentale consciente d'un désir de mort, qu'il soit actif ou passif. Ces idées sont parfois exprimées sous la forme de menaces suicidaires (OMS, 2002). Dans ce cas, on parle de sujets suicidaires. Tous les sujets suicidaires ne passent pas tous à l'acte.

Une crise suicidaire correspond à une situation de rupture et de souffrance importante durant laquelle un individu est en grande vulnérabilité, se sent dans une impasse et a des idées suicidaires. Ses idées noires comme on les appelle, deviennent de plus en plus envahissantes et le suicide lui apparaît alors comme étant le seul moyen efficace de faire face à sa souffrance et de sortir de son état de crise. La crise suicidaire est réversible et temporaire (dure entre six à huit semaines) (OMS, 2002). La TS ne représente qu'une des sorties possibles de la crise suicidaire, mais elle lui confère sa gravité.

1.1.2 Suicides et Tentatives de suicide dans le monde

Il est couramment admis que le suicide est l'une des causes de décès les plus importantes dans le monde. Le rapport de l'OMS concernant la charge mondiale de morbidité publié en 2008 souligne que parmi les cinq premières causes de morbidité figurent :

1. le VIH/sida (1,8 million de morts par an)
2. la violence (1,5 million de morts par an)
3. la tuberculose (1,3 million de morts par an)
4. les accidents de la circulation (1,2 million de morts par an)
5. le paludisme (0,8 million de morts par an)

Le décès par suicide est classé dans le groupe des morts violentes (1,5 million de morts par an) et il représente 52% des morts de cette catégorie contre 32% pour les homicides, et 12% pour les violences collectives¹. La mortalité suicidaire est donc plus importante que la mortalité liée aux homicides ou aux crimes de guerre (OMS, 2002).

¹ Source OMS Charge mondiale de morbidité 2008, citée par Christopher Mikton (responsable technique à l'OMS Genève) lors de la 2^{ème} rencontre nationale des conseils locaux de santé mentale (CLSM) le 22 mars 2013 à Lyon.

1.1.2.1 Incidence du suicide

L'incidence du suicide correspond au nombre de suicides répertoriés chaque année. Elle est variable d'un pays à un autre mais également variable à l'intérieur d'un même pays. Selon l'OMS, la mortalité imputable aux décès par suicide représente 16 pour 100 000 habitants, soit un décès toutes les 40 secondes (OMS, 2012).

1.1.2.2 Prévalence des TS

Le recensement de la prévalence des TS est difficile car, contrairement aux suicides, il n'existe pas d'études systématiques sur les TS. De plus, elles ne font pas l'objet d'enregistrements systématiques et il est difficile d'obtenir des informations lorsque le suicidant n'a pas été hospitalisé ou a seulement séjourné au service des urgences d'un hôpital. De ce fait, les données sont souvent issues d'enquêtes déclaratives menées en population générale. La quantification des TS est donc très partielle puisqu'elles dépendent des méthodologies des enquêtes (échantillonnage, objectifs du projet etc.). Pour donner tout de même quelques chiffres, nous pouvons dire que les TS sont entre 10 et 40 fois plus fréquentes que les suicides (Hawton *et al.*, 2009, cité par Chan-chee & Jezewski-serra, 2011). En moyenne toutes les 3 secondes, une personne tente de se suicider (OMS, 2004 ; Courtet, 2010).

1.1.2.3 Indicateurs socio-démographique

1) Age

Le suicide et les TS touchent toutes les couches sociales et tous les âges de l'enfance à la vieillesse mais les taux ne sont pas répartis de manière égale dans la population. L'âge est un marqueur démographique important du risque suicidaire.

Les taux de suicides ont tendance à augmenter avec l'âge (OMS, 2002), encore que, dans certains pays on relève depuis quelques années une augmentation du taux de suicide chez les 15-24 ans. Ils seraient dans un tiers des pays, le groupe le plus à risque en ce qui concerne le suicide. Globalement, les données indiquent qu'il est parmi l'un des trois

principales causes de décès chez les personnes âgées de 15 à 44 ans et la deuxième cause de décès dans le groupe d'âge des 10-24 ans dans de nombreux pays, (OMS, 2012).

Concernant la répartition du nombre de TS par catégorie d'âge, on constate aussi un accroissement alarmant des comportements suicidaires et des TS chez les jeunes de 15 à 24 ans dans le monde entier. Notons également que les TS chez les personnes âgées sont plus meurtrières, du fait entre autre de la réduction de la résistance physique, de l'isolement social plus important (diminution de risque de sauvetage) et d'une plus grande détermination à mourir (OMS, 2002).

2) Sexe

Le suicide touche les deux sexes avec une prédominance masculine (près de trois quarts des hommes). Ce sex-ratio H/F relatif au suicide est retrouvé dans la plupart des pays. Cette différence est encore plus particulièrement marquée dans les groupes les plus âgés où, à échelle mondiale, les hommes âgés de 60 ans sont encore plus nombreux que les femmes à se suicider (OMS, 2002).

Le sex-ratio des TS quant à lui est l'inverse de celui du suicide : les femmes tentent deux fois plus de se donner la mort que les hommes.

3) Zone géographique

Le nombre de suicide varie très fortement d'une région à une autre du globe et parfois également à l'intérieur même d'un pays. Peu de données sont disponibles pour les pays d'Afrique du fait d'une part du nombre restreint d'étude effectuées et/ou publiées dans le domaine et d'autre part, du fait que dans de nombreuses sociétés traditionnelles en Afrique, le suicide est vu comme un péché. D'après l'ensemble des données disponibles, il apparaît que **c'est en Europe et en Australie que les taux de suicide sont les plus importants** dépassant 13 pour 100 000 habitants, comme le montre la figure 1 page 6.

Le taux moyen de suicide pour 100 000 habitants dans les 27 pays de l'Union Européenne est de 10,2 pour 100 000 habitants. Avec un taux standardisé global de 14,7‰ la France se situe dans le groupe des pays européens à taux élevés de suicide, juste derrière les pays à forte mortalité suicidaire (Finlande, Belgique, Danemark, Autriche et pays de l'Est) (Commission Européenne, 2009). A titre de comparaison, le taux de décès par suicide en

France est 2 fois plus élevé que celui de l'Espagne, du Royaume-Uni ou des Pays-Bas) (Mouquet *et al.*, 2006).

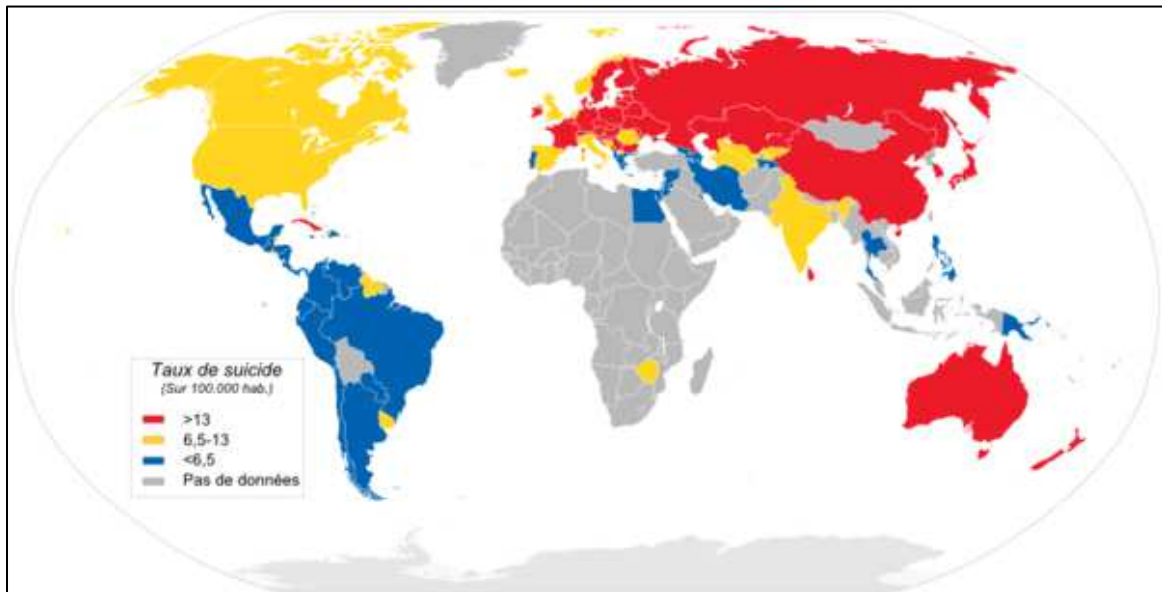


Figure 1: Taux de suicide dans le monde (données OMS disponible en 2011)

1.1.3 Suicide et Tentatives de suicide en France

1.1.3.1 Incidence du suicide

Les données françaises concernant la mortalité en générale et le suicide en particulier, sont recueillies par l'Institut national des statistiques et de la recherche médicale (INSERM) et plus spécifiquement par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) qui est un des laboratoires de l'INSERM (Aouba *et al.*, 2011). Le CépiDc en collaboration avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) effectue depuis 1968 des statistiques nationales annuelles des causes médicales de décès.

On estime qu'en France, chaque année, près de 10 400 personnes meurent par suicide soit environ 16 personnes sur 100 000 (Aouba *et al.*, 2009) ce qui représente environ 2% des décès annuels soit 3 fois plus que les accidents de la circulation. Le décès par suicide représente la troisième cause de mortalité prématurée (9,6%), derrière les maladies cardiovasculaires (12,1%) et les tumeurs (30,0%).

L'incidence du suicide par catégorie d'âge était en 2008 de (Beck *et al.*, 2011) :

- 6,7‰ chez les 15-24 ans
- 21,4‰ chez les 35-44 ans
- 22,3‰ chez les 55-64 ans
- 31,0‰ chez les 75-84 ans
- 41,7‰ chez les 85-94 ans

1.1.3.2 Prévalence des TS

L'*European study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESMeD) une grande étude épidémiologique menée en population générale dans 6 pays européens incluant la France, indique une prévalence des TS à 3,4% (95%IC: 2,6-4,3) (Kovess-Masfety *et al.*, 2011). L'enquête Santé Mentale en Population Générale (SMPG) réalisée quelques années plus tôt, à l'initiative du Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille) et en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS), avait suggéré un prévalence des TS vie entière à 7,8% en France métropolitaine chez les sujet de 18 ans et plus (Bellamy *et al.*, 2005 ; Omnes *et al.*, 2005). Enfin, plus récemment, les données du Baromètre santé 2010² suggèrent une prévalence de TS vie entière à 5,5% chez les 15-85 ans et 0,5% si l'on ne s'intéresse qu'aux TS survenues au cours des 12 derniers mois (Beck *et al.*, 2011). Il est difficile d'interpréter ces variations. Elles peuvent être liées à la méthodologie de l'enquête (échantillonnage, instruments utilisés...), à la période d'enquête (correspondre à une hausse de la proportion de la population ayant tenté de mettre fin à ses jours, une année donnée, à augmentation du nombre de suicide n'ayant pas abouti cette année-là...) etc.

Bien que le nombre de suicide recensé soit approximatif et souvent sous-estimé, on estime globalement, qu'une personne tenterait de se suicider toutes les 4 minutes en France. En 2002 on faisait état de 195 000 TS (Mouquet *et al.*, 2006). En 2010, d'après les données du CépiDc 220 000 TS ont été prises en charge par les urgences hospitalières.

² Depuis le début des années 1990, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) mène, en partenariat avec de nombreux acteurs de santé, une série d'enquêtes appelées « Baromètres santé ». Ces enquêtes effectuées en population générale se font sous la forme de sondages abordant différents comportements et attitudes de santé des Français. L'échantillonnage est réalisé à l'aide du système de Collecte assistée par téléphone et informatique Il se fait de manière aléatoires et à deux degrés (ménage puis individu).

1.1.3.3 Indicateurs socio-démographique

1) Age

Concernant les effets d'âge, **le suicide augmente avec l'âge** comme dans de nombreux pays. Il représente globalement la deuxième cause de mortalité chez les garçons de 15 à 24 ans (après les accidents de la circulation) et la troisième cause de décès chez les filles de la même tranche d'âge (Batt *et al.*, 2007). Même si la mortalité suicidaire est très élevée chez les jeunes, c'est dans la population des 45-54 ans que ce nombre est encore plus élevé (Beck *et al.*, 2011). Le suicide est également important chez les personnes âgées (> 60 ans) en France. En 2010, 28% des suicides ont concerné des personnes âgées de plus de 65 ans³.

A l'inverse des suicides, les données du Baromètre santé 2010 indiquent que **les TS sont moins fréquentes avec l'âge** (Beck *et al.*, 2011). La prévalence des TS au cours des 12 dernier mois est importante chez les jeunes femmes âgées de 15-19 ans (2,0%) et chez les jeunes hommes de 20-25 ans. Au-delà de ces deux tranches d'âges, le taux de TS par an a tendance à diminuer (Beck *et al.*, 2011). **Bien que le nombre de TS diminue avec l'âge, on observe un forte prévalence de pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois dans la tranche d'âge des 45-54 ans et ceci, indépendamment du genre** (5,1 % des hommes et 5,2 % des femmes) (Beck *et al.*, 2011).

2) Sexe

Concernant les effets de genre, **les hommes sont plus nombreux à se donner la mort** également en France. Chez les jeunes de moins de 25 ans, la mort par suicide est trois fois plus fréquente chez les garçons que chez les filles.

Concernant les TS, **les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes à tenter de se suicider** (Omnes *et al.*, 2005 ; (Mouquet *et al.*, 2006). Comme au niveau mondial, elles sont deux fois plus nombreuses à faire une TS que les hommes. L'enquête Baromètre santé 2010 a confirmé cette tendance avec 7,6% de femmes qui ont déclaré avoir tenté de se suicider au cours de leur vie contre 3,2% d'hommes (Beck *et al.*, 2011).

³ Données issues du site du Ministère des Affaires sociales et de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html>

Les résultats de cette même enquête indiquent que **les femmes sont également en proportion plus nombreuses que les hommes à avoir des pensées suicidaires**. Cette différence est marquée chez les tranches d'âge les plus jeunes (15-25 ans) et les plus élevée (60 ans) mais entre 26 et 54 ans, les niveaux de pensées suicidaires sont relativement stables.

3) Zone géographique

Les contrastes géographiques en termes de mortalité par suicide sont très importants (Aouba *et al.*, 2009 ; Danel *et al.*, 2010 ; DRESS, 2011). A titre d'exemple, en 2010, le taux de décès par suicide pour la France métropolitaine était de 16,5 pour 100 000 habitants. Ont été observés des taux largement supérieurs à cette moyenne nationale en Bretagne (28,1‰), Basse-Normandie (25,6‰), Nord-Pas-de-Calais (21,8‰), Limousin (22,9‰), Bourgogne (20,9‰), Centre (20,9‰), Champagne (20,7‰), Poitou-Charentes (20,5‰) et Pays-de-la-Loire (20,0‰)⁴.

1.1.3.4 Cas particulier : le suicide en milieu carcéral

Nous ne pouvons aborder l'épidémiologie du suicide sans évoquer le cas particulier de la population carcérale. En effet, en France métropolitaine, le taux de suicide ne cesse d'augmenter depuis 50 ans en milieu carcéral, passant de 4 suicides pour 10 000 détenus en 1960 à 19 suicides pour 10 000 en 2008 (Duthé *et al.*, 2009). En 2011 le taux de suicide en milieu carcéral était bien plus élevé que celui de la population générale (Duthé *et al.*, 2011). Les études montrent qu'un quart des suicides a lieu dans les deux mois qui suivent l'incarcération et la moitié dans les six premiers mois, quand la durée moyenne de détention est de 8 mois (Duthé *et al.*, 2009). Parmi les détenus, les prévenus, plus récemment incarcérés et en attente de leur jugement, se suicident deux fois plus que les condamnés. Cette sursuicidité pourrait s'expliquer par le choc psychologique de l'incarcération, la fuite face aux jugements moral et judiciaire qu'elle représente, ou par un effet de sélection : les détenus «vulnérables» s'étant suicidés au début de l'incarcération, il ne resterait que les plus «résistants».

Si l'on compare les taux de la France avec les autres pays Européens, on observe que la France présente le niveau de suicide en prison le plus élevé de l'Europe des Quinze avec

⁴ Données issues du site du Ministère des Affaires sociales et de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr/etat-des-lieux-du-suicide-en-france.html>

des détenus qui se suicident 5 à 6 fois plus que les hommes âgés de 15 à 59 ans (20 suicides annuels pour 10 000 détenus en France, contre 13 pour 10 000 au Danemark par exemple et 4 suicides pour 10 000 détenus en Grèce où ce taux est le plus bas).

1.1.4 Conséquences du suicide et des tentatives de suicide

L'impact social et familial du suicide est incommensurable. Les personnes qui se tuent laissent généralement derrière elles famille et amis dont la vie est profondément affectée par la suite, sur le plan émotionnel, social et économique. L'OMS estime qu'en moyenne, la survenue d'un seul suicide affecte intimement six autres personnes (OMS, 2012). Par ailleurs, soulignons aussi le fait que les personnes qui tentent de se suicider survivent certes mais ces actes entraînent bien souvent des hospitalisations et des traumatismes physiques, affectifs et mentaux.

Le suicide représente 1,4 % de la charge de morbidité, mais les pertes dépassent le seul cadre de la santé. Le suicide et les TS ont un prix énorme pour les pays, tant humainement qu'économiquement (perte de vies humaines, coûts en termes de soins et de handicap, absentéisme au travail, perte de productivité etc.). L'OMS estime ces coûts à des milliards de dollars par an (OMS, 2002).

En France, peu de données sont disponibles concernant les coûts directs et indirects du suicide et des TS. Récemment Chevreul et ses collaborateurs ont estimé le fardeau économique du suicide et des TS à 5 milliards d'euros pour l'année 2009 (Chevreul *et al.*, 2011).

Malgré ces données, nous pouvons dire que le suicide et les TS constituent un fardeau important pour les personnes, les familles, les communautés et les systèmes de santé dans le monde entier, difficile à chiffrer puisque les conséquences indirectes du phénomène suicidaire sont très nombreuses, peuvent aussi bien être immédiates que latentes, et peuvent durer des années.

1.1.5 Déterminants

Le suicide est un phénomène très complexe et multidimensionnel. Il s'inscrit généralement dans une triade où interviennent à la fois les aspects biomédicaux, psycho-

sociaux et environnementaux. Dans le cadre de ce travail, nous ne présentons que certains des facteurs récurrents entourant l'acte suicidaire.

- ***Déterminants biomédicaux***

- Présence de troubles psychiques

- La présence de troubles psychiques au moment de l'acte suicidaire est le facteur le plus récurrent. 87 à 98 % des suicides concernent des individus atteints de troubles mentaux et ce, quel que soit l'âge ou le sexe (OMS, 2002 ; Arsenault-Lapierre *et al.*, 2004).

Suicide et troubles mentaux sont deux problématiques qui sont souvent associées dans la population en général (Omnes *et al.*, 2005; Rouillon, 2008; Danel *et al.*, 2010) mais il faut se garder d'établir des liens de causalité directe. En effet, ce ne sont pas toutes les personnes présentant des problèmes de santé mentale qui se suicident, de même que ce ne sont pas tous les suicidés qui souffrent de troubles mentaux. Néanmoins, ces deux problématiques sont retrouvées à des niveaux suffisamment élevés dans la population pour être abordées en parallèle.

Tous les troubles sont représentés (Arsenault-Lapierre *et al.*, 2004 ; Vaiva *et al.*, 2007) mais parmi les troubles psychiques les plus fréquents, on retrouve la dépression majeure qui semble jouer un rôle prédominant (7 à 15% des usagers souffrant de dépression majeure décèdent par suicide) l'anxiété, la dépendance à l'alcool, les troubles bipolaires et les troubles schizophréniques (OMS, 2004, Maron & Vaiva, 2012). Des études ont soulignées que 50 à 70% des suicides se réalisent durant un épisode de dépression (Courtet, 2010 ; Versaevé *et al.*, 2013).

- Facteurs génétiques et neurobiologiques

- Outre les troubles mentaux, les travaux sur les facteurs de risque se sont orientés vers l'exploration de facteurs biologiques associés au geste suicidaire. Les études montrent que des déterminants neurobiologiques et des facteurs génétiques, indépendants de la vulnérabilité aux pathologies psychiatriques, pourraient influencer les comportements suicidaires, notamment les conduites violentes et l'impulsivité (Lupien & McEwen, 2009).

- Des études portant sur différents gènes candidats ont mis en évidence des facteurs héritables de vulnérabilité au suicide. De même, les données issues de l'épigénétique ont souligné l'existence d'une interférence importante entre l'environnement et l'expression génétique (Turecki & Ernst, 2012). Il a été montré par exemple que certains événements de vies peuvent modifier l'expression des gènes tout en maintenant l'intégrité de la séquence d'ADN. Cette modification de l'expression des gènes va interférer avec le fonctionnement des systèmes biologiques de régulation (systèmes de régulation du stress par exemple) et va

provoquer des changements de comportements (Lupien & McEwen, 2009). Mais au-delà de cette zone d'inscription, au-delà des traces dans la façon dont va s'exprimer la base génétique, la modification de l'expression des gènes va aussi affecter le développement psychologique en influençant directement la perception et l'intégration cognitive des stimuli menaçants (Lupien & McEwen, 2009 ; Lopez, J.-P., & Mamdani, F., 2012) et en laissant une trace sur la manière qu'aura le sujet, de faire confiance aux autres.

- ***Déterminants psychosociaux***

- L'adversité dans l'enfance

L'adversité durant l'enfance (abus du jeune enfant par les parents, abandon, souffrance physique et/ou psychique, etc.) est un facteur de risque important. Les traumatismes dans l'enfance induisent aussi les changements épigénétiques décrits précédemment. Ces derniers vont alors augmenter le risque de développer des problèmes de santé mentale à l'âge adulte (Lupien & McEwen, 2009 ; Turecki & Ernst, 2012). Or, comme nous l'avons vu plus haut, la maladie mentale est un facteur de risque important dans le comportement suicidaire.

- Antécédent familiaux et antécédent de TS

Lorsqu'un membre d'une famille se suicide, il y a risque accru qu'un proche en fasse autant. Par ailleurs, plus d'un tiers des personnes ayant effectué une TS font une seconde TS au cours de l'année suivante.

- ***Déterminants environnementaux : événements stressants***

Le facteur de risque le plus important est la survenue d'une circonstance difficile à vivre et stressante, vécue comme pénalisante ou humiliante. La perte d'un être cher, le fait d'être rejeté par son conjoint, ses parents ou ses enfants, d'être exclu du monde professionnel, peut conduire à des comportements suicidaires. Comme nous l'avons vu plus haut, ces événements de vie stressants peuvent s'inscrire dans les liaisons synaptiques et modifier avec le temps notre comportement et notre vulnérabilité.

Il a été montré que la situation familiale (en couple versus séparé), l'activité professionnelle (actif versus retraité, chômeur), le niveau de revenus sont des facteurs de risque (Batt *et al.*, 2007 ; Aouba *et al.*, 2009 ; Danel *et al.*, 2010). Globalement les niveaux de suicide sont plus élevés chez les personnes au chômage, divorcées, sans enfants, citadines et vivant seules (Batt *et al.*, 2007).

Les violences (sexuelles et non sexuelles), les évènements traumatiques comme des catastrophes naturelles augmentent la prévalence du suicide.

▪ **Facteurs protecteurs**

Tous les travaux montrent que le support social est un facteur primordial. De hauts niveaux de cohésion sociale et nationale réduiraient les taux de suicide.

La croyance constituerait un facteur protecteur contre les TS et les idées suicidaires (OMS, 2002 ; Danel *et al.*, 2010). Ceci s'expliquerait en partie par le fait que la religion offre non seulement un support social important à l'individu, mais elle peut donner un sens à sa vie, par des valeurs morales ou en étant source d'espoir et de courage dans les moments difficiles.

Un événement douloureux peut faciliter le passage à l'acte d'autant plus quand il existe une vulnérabilité psychique et sociale. La vulnérabilité au comportement suicidaire dépend tout de même de « l'équilibre » entre facteurs de risques, facteurs protecteurs et facteurs déclenchants.

1.2 Prévention du phénomène suicidaire

L'identification de plus en plus précise des facteurs de risque suicidaires ne permet pas de prédire un suicide ou une TS mais permet d'envisager des actions concrètes de prévention. **La prévention en santé peut être définie comme l'ensemble des actions qui tendent à promouvoir la santé individuelle et collective.** L'OMS définit trois niveaux de prévention.

1.2.1 Prévention primaire

La prévention primaire désigne l'ensemble des mesures destinées à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont cette prévention empêche l'apparition de la maladie. Dans le cas du suicide, la prévention primaire vise à prévenir la violence faite contre soi avant qu'elle ne se produise. Elle utilise l'éducation et l'information auprès de la population et cherche à :

- informer la population générale
- favoriser le bien-être des individus en développant les facteurs de protection
- prendre en charge les troubles psychiatriques associés au suicide
- dépister les individus à plus haut risque de suicide
- favoriser l'accès aux soins

1.2.2 Prévention secondaire

La prévention secondaire désigne l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Globalement elle a pour but d'interrompre un processus morbide en cours pour prévenir de futures complications et séquelles, limiter les incapacités et les décès. Elle intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de cette dernière.

Si l'on s'intéresse à la définition de l'OMS concernant la prévention secondaire de la violence, on peut dire que la prévention secondaire du suicide met l'accent sur les réponses les plus immédiates au passage à l'acte suicidaire. Elle peut correspondre :

- au développement de réseaux de prise en charge urgente du suicidant
- à des mesures légales diminuant l'accès aux moyens létaux
- au dépistage et traitement des crises suicidaires

1.2.3 Prévention tertiaire

La prévention tertiaire désigne l'ensemble des mesures destinées à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Elle agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la maladie et d'éviter les rechutes. Dans ce stade de prévention, les professionnels s'intéressent à la rééducation de la personne et à sa réinsertion professionnelle et sociale. Dans le cas du suicide et des TS, la prévention tertiaire concerne les actes à long terme après les actes de violence. Son objectif sera alors d'éviter la récurrence. Elle intervient dans la prise en charge des suicidants et de son entourage proche.

1.2.4 Stratégies de prévention selon l'OMS

D'après les recommandations de l'OMS, les stratégies de prévention du suicide doivent :

- déterminer et limiter la disponibilité et l'accès aux moyens létaux (armes à feu, substances toxiques, etc.)
- améliorer les services de santé et promouvoir des services de soutien et de réadaptation des personnes suicidaires

- améliorer les procédures de diagnostic et les traitements
- sensibiliser les professionnels soignant à leur propre conduite et aux tabous liés à la prévention du suicide et à la maladie mentale
- informer le public sur les troubles mentaux et les moyens de les dépister précocement
- soutenir la couverture médiatique des actes et des TS
- promouvoir la recherche sur la prévention du suicide et encourager la collecte de données sur les déterminants

La prévention du suicide est donc positionnée en amont de la crise suicidaire, par la promotion de la santé et en aval de la TS.

Ainsi, des dispositifs de prévention du suicide et d'informations sont développés en France comme à l'étranger. Il semble donc nécessaire de pouvoir intégrer des méthodes d'évaluation de l'efficacité de ces interventions afin d'avoir un éclairage sur les potentiels facteurs contribuant à leur succès. Peu de documentations et de collaborations sont publiées à ce sujet. Il m'a donc paru pertinent de répertorier des dispositifs de prévention du suicide existants ou ayant existé et d'en analyser les résultats. De ce fait, il sera possible d'en dégager les points forts et de voir comment ils s'articulent avec une psychiatrie communautaire.

2 Objectif de l'étude

Répertorier des évaluations de programmes de prévention du suicide mis en place en France et à l'étranger et en dégager les principaux résultats.

3 Méthodologie

La méthodologie employée pour ce travail est une revue de la littérature scientifique (internationale et nationale) concernant la prévention du suicide et menée durant le mois d'août et septembre 2013. Il ne s'agit pas d'une revue systématique de la littérature dans le sens strict du terme, mais d'un travail de recherche où seuls certains documents ont été analysés.

La recherche documentaire a été orientée sur des types de documents précis (articles scientifiques répertoriés sur MEDLINE, thèses (de médecine et de santé publique) disponibles

en ligne, rapports provenant d'organismes gouvernementaux, etc.). Une recherche par mots-clés a été faite utilisant les termes suivants : *suicide - tentative de suicide – prévention du suicide*. Ces mots-clés ont été traduits en anglais pour permettre une recherche plus large.

La première étape de ce travail a consisté en une exploration simple sur la base de données Google Scholar, qui est le service de Google spécialisé dans les références scientifiques. L'objectif de cette première recherche bibliographique était de répertorier les documents abordant le thème de la prévention du suicide.

Dans un second temps, une recherche plus fine a été menée sur MEDLINE.

Enfin, un travail de tri a été effectué grâce à des critères précis (type d'intervention, présence ou non d'une évaluation du dispositif, méthodologie scientifique mis en place, pertinence des outils utilisés, etc.).

Nous avons choisi de sélectionner uniquement les actions de prévention du suicide qui ont été évaluées en utilisant un groupe de contrôle. Une étude avec groupe de contrôle utilise un groupe dit de contrôle ou témoin pour la comparaison avec un groupe expérimental dans le test d'une hypothèse causale. La présence d'un groupe contrôle dans ces évaluations, était donc indispensable puisqu'elle permet de valider l'efficacité des dispositifs de prévention mis en place. Nous avons considéré comme groupe contrôle les sujets ne bénéficiant pas de l'intervention de référence. L'analyse de la composition de ce groupe contrôle a été faite pour voir si elle était similaire sur des critères de base (âge, sexe, sévérité des troubles, etc.).

Les travaux retenus ont ensuite été analysés et comparés entre eux. Un tableau de synthèse a été élaboré résumant :

- Les auteurs
- Le pays
- Le type d'intervention
- La méthode d'évaluation (facteurs et/ou variables étudiés)
- La population cible
- Les résultats obtenus

4 Résultats

Lors de la recherche bibliographique nous nous sommes intéressés uniquement aux études randomisées contrôlées (ERC) avec un groupe comparateur. En effet, c'est pour ce type d'études que la question de la généralisation se pose. Dans ce contexte 12 études ont été sélectionnées et analysées. Deux d'entre-elles concernaient des dispositifs de prévention secondaire et 10 concernant des interventions de prévention tertiaire. Aucune étude correspondant à nos critères de sélection n'a été trouvée concernant la prévention primaire.

▪ *Formation des professionnels*

Les dispositifs mis en place dans le cadre de la prévention secondaire concernent essentiellement la formation des professionnels. Il s'agissait dans ces deux études, de favoriser le développement de compétences et de savoir-faire des professionnels de santé dans leurs connaissances des troubles, la reconnaissance des moments de crises et une meilleure prise en charge des sujets à risque. Ces deux études ont été réalisées aux Etats Unis. La première a évalué deux types de formations en soins primaires en termes d'amélioration de la détection et la prise en charge de sujets avec des idées suicidaires. Deux protocoles ont été mis en place : le premier s'inspirait de l'étude QuEST (Quality Enhancement by Strategic Teaming) qui consistait en la formation brève des médecins (4 conférences téléphoniques) et des infirmières (et remise d'un guide pratique) à l'identification de la dépression et des risques de suicide (Nutting *et al.*, 2005). Cette intervention a été comparée à :

- une prise en charge habituelle (pas de formation supplémentaire du personnel)
- une formation plus complète inspirée du projet MHAP (Mental Health Awareness Project) qui correspondait à 2h de cours interactifs sur l'amélioration de la détection de la dépression et 16 h de formation sur la problématique du suicide.

880 usagers de 18 ans et plus ont été inclus. 414 dans l'étude QuEST et 466 projet MHAP. Sur ces 880, 232 ont eu des idées suicidaires au cours de l'année. Les résultats basés sur 232 personnes ont montré une augmentation significative dans la détection des idées suicidaires des sujets dépressifs (20% à 40% d'amélioration de la détection), mais n'ont démontré aucun effet significatif entre les deux types d'approches (Nutting *et al.*, 2005).

La seconde étude réalisée par Bruce et ses collaborateurs (2004), concerne un programme appelé PROSPECT (*Prevention of suicide in Primary care Elderly : Collaborative Trial*). Ce programme a testé dans 20 centres de soin primaires, l'impact de la formation des professionnels en termes de prise en charges des sujets de 60 ans et plus. Il s'agissait de

former les médecins généralistes à reconnaître la dépression des sujets âgés et à la prendre en charge à travers notamment, la prescription d'antidépresseur (l'antidépresseur conseillé dans le cadre de l'intervention était le citalopram, qui est un inhibiteur de la recapture sélective de la sérotonine). Une formation à la prise en charge de la dépression était également dispensée aux travailleurs sociaux, infirmières ainsi qu'aux psychologues. Les recommandations qu'avaient l'équipe de soin étaient de maintenir les sujets dans les soins durant toute la durée de l'étude.

Le Groupe Contrôle (GC), correspondait à une prise en charge sans formation supplémentaire du médecin généraliste ni d'autres personnels de l'équipe.

Dans les deux cas, tous les sujets ayant obtenus un score d'au moins 18 sur 30 au MMSE (Mini Mental State Examination), témoignant d'un fonctionnement cognitif suffisamment bon pouvaient être inclus dans l'étude. Deux groupes ont été identifiés, un groupe de sujets présentant une dépression majeure et un groupe de sujets avec une dépression mineure. Ces sujets ont été contactés par téléphone à 4, 8 et 12 mois, pour évaluer la sévérité de leur symptomatologie dépressive (la HDRS (Hamilton Depression Rating Scale) était l'échelle de dépression utilisée). La présence d'idées suicidaires était aussi évaluée à l'aide de la SSI (Scale for Suicidal Ideation). L'évaluation a concerné 598 usagers (stratification des âges à deux niveaux 60-74 ans et ≥ 75 ans). Les données ont démontré un impact significatif sur la réduction des idées suicidaire pour les sujets ayant été pris en charge par une équipe formée.

Le tableau 1 page 19 résume ces deux études.

Tableau 1: Interventions de prévention axées sur la formation des professionnels de santé

Auteurs	Année	Pays	Type d'intervention	Méthodologie	Population cible	Critères d'évaluation	Résultats
Nutting et al.	2005	Etats-Unis	<p><u>Groupe d'intervention 1:</u> Formation brève pour les médecins (4 conférences téléphoniques) et les infirmières (8h) concernant la formation à la détection, l'orientation ou la prise en charge des usagers dépressifs ayant des idées suicidaires → Etude QuEST</p> <p><u>Groupe d'intervention 2:</u> Formation plus complète de l'équipe (4x1/2h de cours interactif sur l'amélioration de la prise en charge de la dépression + 16 h de formation) → Projet MHAP</p> <p><u>Groupe contrôle:</u> Prise en charge habituelle</p>	ERC	<p><i>N</i> = 232 usagers dépressifs avec des idées suicidaires (GI-1 : 113 ; GI-2 : 119) CG : <i>N</i>=105 usagers</p> <p>Age moyen : 46 ans</p> <p>Durée du suivi : 6 mois</p>	<p><i>Récence des idées suicidaires</i> Score à l'échelle mCES-D à T0 et 6 mois</p> <p><i>Sévérité des idées suicidaires</i> Score au questionnaire CIDI à T0 et 6 mois</p> <p>Entretien clinique pour détecter les idées suicidaires</p>	<p>Meilleure détection d'idées suicidaire par les professionnels (20 à 40% en plus) en GI-1 et GI-2 par rapport au GC</p> <p>Pas d'effet significatif entre GI-1, GI-2</p>
Bruce et al.	2004	Etats-Unis	<p><u>Groupe d'intervention 2:</u> Formation des médecins généralistes (détection de la dépression et prise en charge) Formation des autres membres d'équipe Recommandations (Guide) pour le traitement de la dépression des sujets âgés (prescription d'un traitement antidépresseur) + assistance et supervision de la prise en charge des usagers par des professionnels de la santé mentale → Programme PROSPECT</p> <p><u>Groupe contrôle:</u> Pas de formation supplémentaire : prise en charge habituelle</p>	ERC	<p><i>N</i> = 598 usagers dépressifs de plus de 60 ans (GI : 320 ; GC : 278) 31% des usagers avaient plus de 75 ans</p> <p>Durée du suivi : 12 mois</p>	<p><i>Idees suicidaires</i> Score à l'échelle SSI à T0, 4, 8 et 12 mois</p> <p><i>Dépression :</i> Score à l'échelle HDRS</p>	<p>Effets significatifs Diminution significative du taux d'idées suicidaires pour le GI par rapport au GC</p>

ERC : Etude randomisée contrôlée ; GI : Groupe ayant subi l'Intervention ; GC : Groupe Contrôle ; QuEST : Quality Enhancement by Strategic Teaming ; MHAP : Mental Health Awareness Project ; PROSPECT: Prevention of Suicide in Primary Care Elderly: Collaborative Trial; mCES-D : Center for Epidemiologic Studies-Depression scale ; CIDI: World Health Organization Composite International Diagnostic Interview for Primary Care; SSI: Scale for Suicidal Ideation; HDRS: Hamilton Depression Rating Scale

Concernant la prévention dite tertiaire ou médicale, les dispositifs reposaient essentiellement sur deux types d'actions :

- le maintien de contact avec les suicidants à leur sortie de l'hôpital
- la mise en place dans des établissements scolaires de programme de soutien pour des sujets à risque.

▪ ***Maintien de contact avec le suicidant à sa sortie de l'hôpital***

Parmi les études examinées sept ont concerné une intervention auprès de suicidants et/ou de sujets avec de hauts risques suicidaires.

La première évaluation est une étude récente qui a d'ailleurs été présentée dans le cadre de la formation du DIU. Ce dispositif appelée « ALGOS », a été initié en France par le Professeur Vaiva et est mené dans 23 services d'urgences psychiatriques en France⁵. Le dispositif mis en place est un algorithme de veille qui permet de contacter à différents moments les suicidants pris en charge à l'hôpital (distinction entre primosuicidants et non-primosuicidants). L'étude concerne les personnes âgées de 18 ans et plus, survivants à une TS quittant directement les Urgences ou hospitalisés moins de 7 jours après leur TS. Les individus sont regroupés en trois groupes : un groupe « ALGOS » et un groupe contrôle (GC). L'intervention dite « ALGOS » distingue le groupe des primosuicidants et les sujets non primosuicidants. Pour le 1^{er} groupe, une carte « crise » ou « carte-ressource » contenant logo, adresses Web d'associations de prévention du suicide, ainsi qu'un numéro de téléphone accessible 24/24h, est donné au sujet à sa sortie de l'hôpital. Pour le groupe des récidivistes (non-primosuicidants) les suicidants sont recontactés entre 10 à 21 jours après leur TS. Lors de ce contact téléphonique, la personne entraînée identifie si l'individu est en crise suicidaire ; si c'est le cas, il lui est proposé une consultation en urgence. Il lui est aussi envoyé des cartes postales personnalisées à 2, 3, 4 et 5 mois après le geste. Une évaluation est réalisée ensuite dans les 6 mois suivant la TS et à 13 mois (Vaiva *et al.*, 2011[b]). Celle-ci porte sur les comportements suicidaires et compare l'effet de l'intervention avec des suicidants ne bénéficiant pas de cette prise en charge (GC). Bien que la méthodologie du dispositif ait été publiée, les résultats de l'étude ALGOS ne sont pas encore disponibles.

La seconde étude a été menée dans huit établissements hospitaliers dans cinq pays culturellement différents (Brésil, Inde, Sri Lanka, Iran et Chine). L'évaluation a porté sur

⁵ CHU de Lille, d'Anger, de Brest, de Caen, Clermont-Ferrand, de Creteil Henri Mondor, de Montpellier, de Nancy, de Nantes, de Rennes, de Saint-Etienne, de Toulouse, les CH de Douai, de Boulogne, de Dunkerque, de Tourcoing, de Montauban, de Vannes, de Qimber et de Roubaix, la Polyclinique d'Henin Beaumont, Paris HEGP et Paris Tenon.

deux groupes : un groupe bénéficiant de l'intervention (GI) et un GC. L'intervention incluait en plus de la prise en charge habituelle dans les structures, une information pour le personnel de l'hôpital permettant à l'équipe une meilleure gestion du suivi du contact avec les suicidant quittant la structure de soin ($N = 1867$), une information au suicidant et enfin, 9 contacts, que ce soit par téléphone ou par des visites à domicile, réalisés à 1, 2, 4, 7, et 11 semaines puis à 4, 6, 12, et 18 mois après sa sortie de l'hôpital. L'évaluation basée sur l'EPSIS (European Parasuicide Study Interview Schedule), une échelle européenne de mesure du para suicide, a suggéré un taux plus faible de décès par suicide dans le GI pendant toute la période de suivi (18 mois) mais aussi, un nombre plus faible de décès, toute cause confondues (AVC, cancers, infection urinaire, HIV/sida, cirrhose du foie, insuffisance respiratoire aiguë, vieillesse) (Fleischmann *et al.*, 2008).

Des dispositifs plus ou moins semblables avaient été mis en place aux Etats-Unis et en Australie quelques années auparavant et avaient révélé également l'efficacité du maintien de contact avec les suicidants en termes de réduction des récives ou du taux de suicide. Motto & Bostrom (2001), ont étudié le devenir de 843 sujets à risque refusant le traitement. L'intervention de prévention a consisté à l'envoi de quatre lettres par an pendant 5 ans après l'hospitalisation. Les auteurs ont mis en évidence un taux de suicide significativement plus bas dans le GI, même à 5 ans. En Australie, Carter et ses collaborateurs, ont mis en place un dispositif d'envoi de cartes postales aux suicidants à 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, et 12 mois après leurs sortie de l'hôpital (Carter *et al.*, 2005). Les données ont souligné l'efficacité de ces envoi de carte personnalisées.

En revanche, deux autres ERC orientées sur le contact avec les suicidants, n'ont montré aucune efficacité sur le taux de TS (Cedereke *et al.*, 2002 ; Cotgrove *et al.*, 1995). La première réalisée en Suède auprès de 216 suicidants proposait de prendre contact téléphonique avec ces derniers à 4 et 8 mois après le dernier entretien habituel dans la structure (1 mois après la sortie de l'hôpital). Ces appels avaient pour but d'encourager les suicidants à entreprendre ou à poursuivre leur traitement (Cedereke *et al.*, 2002). La deuxième étude, menée dans les années quatre-vingt dix, dans six hôpitaux de Grande-Bretagne, consistait à donner aux adolescents ayant fait une TS (sujets âgés de 16 ans et plus), à leur sortie de l'hôpital, une carte spécifique leur permettant d'être réadmis à l'hôpital à tout moment, sur simple demande ;. Les sujets également contacté par téléphone. Il s'agissait de suivre les informations concernant les TS pendant un an (Cotgrove *et al.*, 1995).

Le tableau 2 page 22 résume ces études.

Tableau 2: Interventions de prévention orientées vers les suicidants (Etudes Randomisées Contrôlées)

Auteurs	Année	Pays	Type d'intervention	Population cible	Critères d'évaluation	Résultats
Vaiva et al.	2011	France	<p>→ Etude ALGOS : Mise en place d'un algorithme permettant de contacter les suicidants</p> <p><u>Groupe contrôle</u> : Prise en charge habituelle</p> <p><u>Groupe d'intervention 1</u> : Primosuicidants Remise d'une carte ressource à la sortie de l'hôpital.</p> <p><u>Groupe d'intervention 2</u> : Non-primosuicidants Appel téléphonique dans les 10 à 21 jours après la TS Envoi de cartes postales à 2, 3, 4, et 5 mois après la sortie de l'hôpital.</p>	<p>N = 900 suicidants âgés de 18 ans et plus, sortis de l'hôpital après une TS (GI : 450 ; GC : 450) Période d'inclusion : 13 mois</p> <p>Durée du suivi : 13 mois</p>	<p>Nombre de récurrence de suicide au cours des 6 mois</p> <p>Nombre de décès par suicide dans les 6 mois</p>	Résultat en cours d'analyse
Fleischmann et al.	2008	Brésil, Inde, Sri Lanka, Iran, Chine	<p><u>Groupe contrôle</u> : Prise en charge habituelle</p> <p><u>Groupe d'intervention</u> : En plus de la prise en charge habituelle 1 séance d'information d'1 h aux suicidants (épidémiologie, facteurs de risque et de protection, solutions, adresses) + 9 contacts (téléphoniques ou visites à domicile) à 1, 2, 4, 7 et 11 semaines puis à 4, 6, 12, et 18 mois après leur sortie de l'hôpital</p>	<p>N = 1867 suicidants sortis de l'hôpital après une TS (GI : 922 ; GC : 945) Age moyen : 23 ans Période recrutement : 27 mois</p> <p>Durée du suivi : 13 mois</p>	<p>Nombre de mort total au sur les 18 mois</p> <p>Nombre de mort par suicide les 18 mois</p>	<p>Taux de décès à 18 mois significativement moins important dans GI (tous décès confondus)</p> <p>Taux de décès par suicide à 18 mois significativement moins important dans GI</p>
Vaiva et al.	2006	France	<p>Etude SYSCALL</p> <p><u>Groupe contrôle</u> : Prise en charge habituelle Suivi pendant 13 mois</p> <p><u>Groupe d'intervention 1</u> : Appel téléphonique 1 mois après la sortie de l'hôpital Suivi pendant 13 mois</p> <p><u>Groupe d'intervention 2</u> : Appel téléphonique 3 mois après la sortie de</p>	<p>N = 605 suicidants entre 18 et 65 ans, sortis de l'hôpital après une TS (GI : 293 (n=147 pour GI-1 et n=146 pour GI-2 ; GC : 312) Période d'inclusion : 12 mois</p> <p>Durée du suivi : 13 mois</p>	<p>Proportion de récurrence de suicide au cours des 13 mois</p> <p>Nombre de décès par suicide dans les 13 mois</p> <p>Nombre de perdu de vue</p>	<p>Taux de TS significativement moins important dans GI-1 mais pas dans GI-2 Les deux groupes GI sont plus favorables au traitement que le GC</p>

			l'hôpital Suivi pendant 13 mois			
Carter et al.	2005	Australie	<u>Groupe contrôle</u> : Prise en charge habituelle <u>Groupe d'intervention</u> : Envoi de cartes postales invitant le suicidant à prendre contact avec l'hôpital à 1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, et 12 mois après la sortie de l'hôpital	<i>N</i> = 772 suicidants âgés de 16 ans et plus, sortis de l'hôpital après une TS par intoxication (GI : 378 ; GC : 394) Age moyen : 33 ans Période recrutement : 44 mois Durée du suivi : 12 mois	Nombre de récurrence de suicide dans les 12 mois Proportion de sujets ayant fait une récurrence suicidaire dans les 13 mois	Risque de récurrence significativement moins important dans GI
Cedereke et al.	2002	Suède	<u>Groupe contrôle</u> : Prise en charge habituelle (entretien habituel à 1 mois après la sortie de l'hôpital) + retour à 12 mois <u>Groupe d'intervention</u> : Prise en charge habituelle puis après le dernier entretien habituel à 1 mois après la sortie de l'hôpital : 2 appels téléphoniques à 4 et 8 mois après une TS (encouragement à entreprendre et / ou à poursuivre le traitement) + retour à 12 mois	<i>N</i> = 216 usagers sortis de l'hôpital après une TS (GI : 107 ; GC : 109) Age moyen : 41 ans Période de recrutement : 26 mois Durée du suivi : 12 mois	Suivi du traitement au cours des 12 mois Nombre de récurrence de suicide dans les 12 mois Fonctionnement Global (critères du DSM-III R axe V) à T0, 1 et 12 mois Symptômes psychologiques (critères du GSI (à partir du questionnaire SCL-90)) à T0, 1 et 12 mois Idées suicidaires (Score à l'échelle SSI) à T0, 1 et 12 mois	Pas de différence significative sur les taux de récurrence dans GI Pas de différence dans le maintien dans les soins dans GI
Motto & Bostrom	2001	Etats-Unis	<u>Groupe d'intervention</u> : 4 lettres envoyées par an pendant 5 ans aux usagers sortis de l'hôpital et ayant un risque de suicide et ayant refusés d'être pris en charge	<i>N</i> = 843 sujets à risque de suicide (GI : 389 ; GC : 454) Age moyen : 34 ans Période de recrutement : 15 ans	Nombre de décès Nombre de décès par suicide Nombre de perdu de vue Proportion de sujets sous traitement	Taux de suicide significativement moins important dans GI Nombre de décès plus important dans GC dans les 2èes années après la sortie de l'hôpital
Cotgrove et al.	1995	Grande Bretagne	« Carte vertes » permettant au suicidant d'être réadmis à l'hôpital sur demande	<i>N</i> = 105 adolescent de 16 ans et moins, sortis de l'hôpital après une TS Age moyen : 15 ans	Nombre de récurrence de suicide dans les 12 mois	Pas de différence significative

▪ ***Dispositifs d'intervention dans les établissements scolaires***

Trois études ont concerné des interventions ciblées pour des élèves à risque (adolescents ayant effectué une TS). Ces études ont été menées aux États-Unis et publiées entre 1995 et 2002. Elles ont toutes mesuré la valeur ajoutée d'un groupe de soutien par des pairs (appelé Cast) et d'un programme de soutien aux adolescents (appelé CCare). Ce programme de soutien consistait en un entretien avec un conseiller (environ 4 h) en lien avec les parents de l'élève et les enseignants.

La première évaluation de ce programme date de 1995 et concerne un échantillon de 105 jeunes. Les résultats n'ont montré aucune valeur ajoutée pour l'une ou l'autre des stratégies d'intervention (CCare *versus* Cast), tant sur les idées suicidaires que sur les TS (Eggert *et al.*, 1995).

La seconde évaluation publiée en 2001 a montré un effet positif sur la diminution des idées suicidaire dans ces deux types d'interventions (CCare et Cast) par rapport au groupe contrôle, mais pas plus d'efficacité entre les deux programmes (Thompson *et al.*, 2001). Enfin, l'étude publiée en 2002 réalisée auprès de 341 élèves à haut risque de suicide, n'a pas démontré non plus un effet supplémentaire en termes de réduction des TS et des idées suicidaires (Eggert *et al.*, 2002).

Le tableau 3 page 25 résume ces trois études.

Tableau 3: Interventions de prévention en milieu scolaire sur des adolescents à risque

Auteurs	Année	Pays	Type d'intervention	Méthodologie	Population cible	Critères d'évaluation	Résultats
Eggert et al.	2002	Etats-Unis	Intervention « CCare » (entretien et évaluation d'une durée maximale de 4h avec un conseiller + lien avec les parents + liens avec l'enseignant) <i>versus</i> intervention CCare + Cast (groupe de soutien composé de 6-7 étudiants formés ; lieu : école/ Durée: 12 séances de 1 h pendant 6 semaines)) <i>versus</i> Prise en charge habituelle (15-30 min)	ERC	N = 341 étudiants à haut risque suicidaire (suicide et dépression) âgés entre 14-19 ans	Risques de comportements suicidaires Idées suicidaires Nombre de TS	Pas d'effet sur les TS Pas d'effet sur les idées suicidaires (diminution des comportements suicidaires mais sans effet significatif entre les trois groupes)
Thompson et al.	2001	Etats-Unis	Prise en charge habituelle <i>versus</i> CCare <i>versus</i> CCare + Cast	ERC	N = 460 étudiants à risque suicidaire âgés entre 14-19 ans	Risques de comportements suicidaires Facteurs de risques Facteurs protecteurs	Différence significative observée entre la prise en charge habituelle mais pas entre le groupe CCare et CCare + Cast
Eggert et al.	1995	Etats-Unis	Protocole d'évaluation (interview de 2h avec l'infirmière de l'école ou un conseiller + désignation d'une personne-ressource pour l'étudiant au sein de l'établissement + entretien téléphonique avec un parent ou un tuteur choisi par l'étudiant) <i>versus</i> Protocole d'évaluation + 1 semestre dans un groupe de soutien par des pairs (12 jeunes gérés par 1 adulte + activités hebdomadaires + développement des compétences) <i>versus</i> Protocole d'évaluation + 2 semestre dans un groupe de soutien par des pairs	ERC	N = 150 étudiant avec des problèmes scolaires et de hauts risques âgés entre 14-19 ans Moyenne d'âge : 16 ans	Risques de comportements suicidaires Idées suicidaires Nombre de TS	Pas d'effet sur les TS Pas d'effet sur les idées suicidaires Réduction des comportements suicidaires Pas d'effet supplémentaire avec l'apport du groupe de soutien excepté sur le sentiment personnel de contrôle

TS : Tentative de suicide ; ERC : Etude randomisée contrôlée

5 Discussion

Cette étude avait pour but de répertorier des évaluations de programmes de prévention du suicide mises en place en France et à l'étranger et en dégager les principaux résultats. Au total, 12 travaux ont été analysés pour permettre une analyse globale mais bien qu'exploratoire ce travail comporte certaines limites.

- ***Limites et difficultés rencontrées***

La première limite de cette étude est le fait qu'elle ne soit pas une revue systématique de la littérature dans le sens strict du terme. En effet, faire une revue systématique correspond à un travail de recherche approfondi durant lequel le sujet recherche l'ensemble des documents qui traitent d'une question clairement définie. Ce type de recherche documentaire utilise une méthodologie explicite et systématique pour identifier, sélectionner et faire une évaluation critique de toutes les études pertinentes (Abalos *et al.*, 2001). Le travail présenté dans le cadre du DIU ne peut pas prétendre présenter de manière exhaustive toutes les études existantes dans le domaine. Cependant, nous pouvons dire que le travail a porté sur un grand nombre de documents lus et sélectionnés ; ce qui donne de la valeur à l'analyse.

Une seconde limite de ce travail, liée à la première, est le fait que l'étude a été faite dans des délais courts qui n'ont pas permis les échanges approfondis avec des experts du terrain et notamment mon tuteur. En effet, biologiste de formation, il m'est plus aisé de comprendre les mécanismes cellulaires et épigénétiques qui entourent le phénomène suicidaire que d'appréhender la complexité du phénomène suicidaire en termes de prise clinique dans les services de santé mentale. Il me semble qu'il aurait été pertinent que je puisse observer, questionner des professionnels du terrain pour enrichir ma réflexion. Mais puisque le suicide est une affaire de tous, j'aborde ce thème, en étant novice dans le domaine, avec mon regard de chercheur en santé publique, très curieuse mais avec une approche peut-être un peu plus théorique que pratique. Quoiqu'il en soit, une grande partie de mon travail a été de rassembler, organiser, trier comprendre les différents aspects relatifs au suicide et à sa prévention. La première phase de ce travail de recherche documentaire m'a permis de voir que dans le domaine la littérature est considérable mais les informations ne sont pas toujours homogènes ce qui rend encore plus difficile l'étude de ce phénomène déjà très complexe. Concernant le sujet qui nous intéresse ici, à savoir l'évaluation des dispositifs de prévention du suicide, relativement peu d'études existent comparativement à la masse de documentations

disponibles sur la prévention du suicide et, lorsque les travaux sont publiés les méthodologies ne sont pas toujours clairement définies et/ou rigoureuses. Il m'a donc fallu faire une sélection importante pour ne retenir uniquement que les travaux pertinents au niveau de la méthodologie employée (ERC). Malgré ces difficultés, il m'a été possible de répertorier un nombre important de travaux publiés puis d'en sélectionner treize d'entre eux. Ce nombre peut à première vue sembler faible mais il a déjà été signalé dans la littérature que peu d'évaluations de prévention sont disponibles (Leitner *et al.*, 2008) ; ce qui nous permet de penser que ce travail bien que non exhaustif, propose une analyse basée sur une bonne partie des travaux publiés.

Prévention primaire et évaluation

Aucune évaluation d'intervention n'a été retenue. Ceci sans doute dû au fait que dans sa définition même, il est méthodologiquement très difficile, voire héroïque de mettre en place des ERC dans les dispositifs de prévention primaire. En effet, la plupart des programmes de prévention primaire s'efforcent de « *déchiffrer l'énigme du suicide dans la population générale* » (Batt *et al.*, 2007). Les évaluations lorsqu'elles existent, mesurent les effets avant et après la mise en place des dispositifs (Hegerl *et al.*, 2006 ; Oyama *et al.*, 2006).

▪ *Prévention secondaire et évaluation*

Les évaluations de la prévention secondaire retenues concernaient la formation des professionnels dans les services de soins primaire. Les ECR étaient très peu nombreuses. Sur les deux études analysées, seule une a montré son efficacité. Il est donc difficile de conclure. à partir de ces seuls résultats. Notons tout de même que le programme PROSPECT mené aux États-Unis a montré une efficacité en termes de meilleure détection des situations à risque et réductions des TS (Bruce *et al.*, 2004). Il semblerait que l'efficacité de ce programme soit liée au fait que la population ait été ciblée (population âgée), que les professionnels aient été accompagné dans leur gestion du suivi des sujets (mise à disposition d'un guide + supervision). Nous pouvons donc supposer que la formation des professionnels des services de soin primaire doit être accompagnée d'un suivi si l'on veut pouvoir observer un effet significativement positif. A ce sujet, Van der Feltz-Cornelis et ses collaborateurs (2011) avaient d'une part insisté sur la nécessité de mettre en place des formations à la gestion des troubles spécifiques (comme la dépression) et avaient préconisé une continuité et une répétition de la formation, pour que celle-ci soit efficace. Il a aussi indiqué qu'il est nécessaire d'étendre la formation, à une grande proportion de professionnels (Van der Feltz-Cornelis *et*

al., 2011). Dans tous les cas, la plupart des études placent les médecins généralistes en première ligne car d'après certains auteurs, les médecins généralistes pourraient d'une part traiter les troubles psychiatriques afin de réduire le risque de suicide, et d'autre part détecter les crises suicidaires (du Roscoät & Beck, 2013).

▪ ***Prévention tertiaire et évaluation***

Plus des trois quart des études que nous avons étudiées ont concerné la prévention tertiaire. Cette proportion n'est pas étonnante puisque les rapports signalent un plus grand nombre d'interventions en prévention tertiaire par rapport au reste (OMS, 2002). Les dix dispositifs reposaient essentiellement sur deux catégories d'actions :

- le maintien de contact avec les suicidants
- la mise en place dans des établissements scolaires de programme de soutien par des pairs, auprès des adolescents

Maintien de contact avec les suicidants

Près des deux tiers des dispositifs ciblés sur le maintien de contact avec les suicidants ont été un succès en termes de réduction du nombre de récurrences suicidaires (Motto & Bostrom, 2001 ; Carter *et al.*, 2005 ; Vaiva *et al.*, 2006 ; Vaiva *et al.*, 2011[b]). Le maintien de contact (téléphone, visites à domicile, envoi de lettres et/ou de cartes postales, etc.) peut-être considéré comme un type d'intervention efficace tant avec les populations jeunes qu'avec les adultes (du Roscoät & Beck, 2013). 40% des personnes qui tentent de se suicider font une seconde tentative, dont 20 à 25% dans l'année qui suit la TS (Vaiva *et al.*, 2011[a]). C'est dans ce contexte que les professionnels ont développés des dispositifs en prévention médicale, pour suivre les suicidants et réduire le taux de récurrence. Comme le rappelle Vaiva et ses collaborateurs (2011[a]), ces dispositifs ont pour but d'une part, de garder contact avec le sujet à risque pour détecter les situations critiques et d'autre part, de prendre en charge son éventuelle pathologie psychiatrique. Ces dispositifs favorisent aussi dans certains cas un meilleur suivi du traitement (Lizardi *et al.*, 2010 ; Vaiva *et al.*, 2006 ; Vaiva *et al.*, 2011[a]). Mais il semblerait que ce qui soit recherché dans ce type d'intervention, ce ne soit pas directement l'observance au traitement mais plutôt une relation bienveillante, humaine, comme facteur de protection de la récurrence (Leitner *et al.*, 2008).

Récemment Leitner et ses collègues dans une revue systématique de la littérature concernant l'évaluation des dispositifs de prévention, publiées en 2008, ont mis en avant trois types d'interventions efficaces, parmi elles, figure le maintien de contact avec les suicidants

après leur passage à l'hôpital (les 2 autres interventions concernaient la limitation d'accès aux moyens létaux et la mise en place de centres d'appels d'urgence ; que n'avons pas pu analyser, puisque les méthodologies ne répondaient pas à nos critères de sélection). Dans leur analyse, les auteurs suggèrent que la modalité d'intervention la plus efficace de ce type d'intervention implique un nombre élevé des contacts sur une durée relativement longue (Leitner *et al.*, 2008). Cela nécessite donc la mise en place dans les services d'un protocole strict pour le suivi des suicidants. Ce type de dispositif n'est pas très coûteux et peut être généralisable dans certaines conditions mais cela oblige à repenser à une nouvelle forme de suivi des suicidants, avec la mise en place par exemple, d'un système de veille pour faciliter la gestion des envois de courriers, des appels téléphoniques, des visites à domicile, etc. En ce sens, les résultats de l'évaluation du système de surveillance « ALGOS » (Vaiva *et al.*, 2011[b]) pourront apporter un éclairage important lorsqu'ils seront publiés. En l'on pourrait imaginer que ce dispositif soit répliqué et généralisé dans les services d'urgence psychiatriques français.

Pour conclure sur ce type d'intervention, nous pouvons dire qu'elles sont plus nombreuses que les autres interventions de cette même catégorie, bien que leur nombre reste tout de même encore peu important. Peu d'études rigoureuses méthodologiquement sont publiées (Leitner *et al.*, 2008), mais globalement, les résultats disponibles montrent une efficacité pour la réduction des TS.

Mise en place dans des établissements scolaires de programme de soutien par des pairs, auprès des adolescents

Concernant les interventions en milieu scolaire auprès des adolescents à risque, aucune efficacité majeure n'a été montrée et il n'a pas également été prouvé la valeur ajoutée des groupes de soutien par des pairs. Il est vrai que le nombre d'études analysée (3) ne permet pas, une fois de plus de conclure, mais les résultats suggèrent que l'intervention des adultes formés soit suffisante à la diminution du risque de récurrence suicidaire. La littérature internationale souligne pourtant l'intérêt du soutien par un pair dans le processus de rétablissement des personnes (Davidson *et al.*, 1999; Bracke *et al.*, 2008). Il se pourrait dans le contexte du suicide chez les adolescents, que ce type d'intervention soit vécue comme stigmatisante pour les élève qui en bénéficient (du Roscoät & Beck, 2013). L'école n'est pas toujours un environnement rassurant pour les jeunes et parler avec un pair, identifié par autrui,

et non choisi n'est pas toujours aisé à cet âge. Des auteurs suggèrent même que ces groupes de soutien pourrait avoir un effet à double tranchant (du Roscoät & Beck, 2013).

Le suicide des 15-24 ans est en augmentation constante et il est nécessaire de développer des dispositifs pertinents de prévention en milieu scolaire. L'analyse des deux études ne permet en aucun cas de conclure mais elle permet de souligner le manque de documentation dans ce domaine.

6 Perspectives

Le suicide reste une cause de mortalité évitable et préoccupante. Même s'il est impossible d'établir un portrait type du sujet suicidaire, un certain nombre de déterminants du suicide ont été identifiés, notamment par le biais de la technique d'autopsie psychologique⁶ ; ce qui permet de développer des stratégies de prévention plus adaptées. Aussi depuis quelques années des dispositifs de prévention du suicide et d'informations se sont développés en France comme à l'étranger. Ces dispositifs intègrent très peu des méthodes d'évaluation de leur efficacité. Ainsi peu d'études existent et les résultats obtenus à travers cette analyse ne permettent pas de conclure sur les modalités d'efficacité mais ils peuvent donner quelques pistes pour la pratique clinique mais également en termes de santé publique.

6.1 Perspectives pour la clinique

Très liés à la dépression les suicides pourraient être prévenus en partie par des actions de prévention, notamment par la formation des professionnels de soins au repérage et au traitement des états dépressifs. C'est dans ce contexte notamment que se sont développés les formations de professionnels des soins primaires. La formation des médecins généraliste et des autres professionnels du soin permet de favoriser l'accès aux soins, de faire au plus tôt le bon diagnostic, de traiter efficacement et précocement, d'utiliser les bonnes méthodes et les bons médicaments et enfin, d'organiser un bon suivi des sujets à risque. Les résultats de cette étude permet de dire que bien qu'essentielle pour l'identification et le contrôle des facteurs de risque et des signes d'alerte spécifiques, la formation dispensée aux professionnelles doit,

⁶ Cette méthode vise à reconstituer les circonstances psychologiques, sociales et médicales entourant le décès d'une personne suicidée par la collecte de données, notamment auprès des proches. Elle est utilisée pour affiner la connaissance des facteurs de risque du comportement suicidaire et ainsi contribuer à une prévention plus efficace.

pour être efficace, être complète et régulière. Des études d'évaluations devraient être développées afin d'en dégager les meilleures modalités de réussite.

Par ailleurs, le fait de maintenir un lien entre l'équipe médicale, le suicidant (ou la personne à risque suicidaire) et/ou sa famille proche est un élément important pour la réduction de la prévalence du suicide. Les dispositifs mis en place sont variés. Il s'agit par exemple, de conseils téléphoniques, de réunions avec des membres de la famille en deuil, de prise de contact de primo-suicidant à l'aide de carte postale, etc., mais deux caractéristiques semblent essentielles pour la réussite d'un tel programme (du Roscoät & Beck, 2013) :

- le fait que le contact vienne de la structure de soin
- le fait que le contact soit personnalisé et empathique (demande de nouvelles) et ne se limite à des instructions à suivre un traitement.

Il semblerait en effet que le suicidant ne doit pas être seul à l'initiative de ces contacts (exemple de la « carte verte » donnée au suicidant dans l'étude de Cotgrove *et al.* (1995) et que le contact doit être régulier et ne doit pas être très espacé de la sortie de l'hôpital (du Roscoät & Beck, 2013).

6.2 Perspectives pour la santé publique

Le programme national français d'actions contre le suicide 2011-2014 comporte 49 mesures regroupées en six axes : (1) le développement de la prévention ; (2) l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire et de leur entourage ; (3) l'information et la communication autour de la santé mentale et de la prévention du suicide; (4) la formation des professionnels; (5) le développement des études et de la recherche et (6) l'animation du programme au niveau local.

Si l'on considère ces six axes, les études que nous avons analysées pour ce travail concernaient :

- le développement de la prévention (axe 1)
- l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire et de leur entourage (axe 2)
- la formation des professionnels (axe 4)

On pourrait dire que beaucoup d'actions sont encore à mener pour améliorer la prévention du suicide en France et dans les autres pays. Mais au regard de ce qui a déjà été fait, nous pouvons dire que les recherches et/ou dispositifs ne concernent finalement qu'un

nombre limité de pays. Cette lacune est visible partout mais la France a particulièrement peu de travaux dans le domaine comparativement à la Grande Bretagne qui a des taux de suicide largement plus bas. Sur les treize évaluations analysées, seules deux avaient été menées en France, mais les travaux provenaient du même auteur (le Professeur Guillaume Vaiva). En recherchant les informations sur des sites Internet, ou des réseaux de communication plus fermés, nous nous apercevons que de nombreuses initiatives locales de prévention du suicide et du risque suicidaire existent en France. Or, elles sont peu connues, car peu diffusées et encore moins quantifiées. Il conviendrait de faire un état des lieux des actions et des ressources dans chaque région en vue de la mise en place de dispositifs adaptés dans la cité. Dans cette perspective également, un observatoire national du suicide a été créé par le Ministère des affaires sociales et de la santé en France, le 10 septembre de cette année. Ses missions seront les suivantes :

- coordonner les différents producteurs de données et améliorer le suivi des suicides et TS
- développer la connaissance des facteurs de risque et des mécanismes conduisant aux suicides et aux TS, afin d'en améliorer la prévention
- promouvoir et valoriser les dispositifs de collecte, de suivi et d'alerte sur le suicide en participant à la diffusion des résultats et en facilitant l'accès aux bases de données
- évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et des TS
- produire des recommandations, notamment en matière de prévention.

Créé pour une durée de quatre ans, cet observatoire va permettre de répondre en partie à ce problème.

Conclusion

Pour conclure, nous pouvons dire que le suicide est un phénomène multifactoriel qui résulte de l'interaction entre un grand nombre de facteurs tels que des facteurs sociodémographiques, génétiques, environnementaux, psychologiques, etc. Ces interactions rendent le problème complexe et difficile à étudier mais non impossible. La prévention du suicide est une priorité nationale dans de nombreux pays comme la France, mais des efforts restent à faire en termes d'évaluation.

Références

- Abalos, E., Carroli, G., Mackey, M.-E., Bergel, E. (2001). Critical appraisal of systematic reviews: WHO Reproductive Health Library, No 4, Geneva, World Health Organization, (WHO/RHR/01.6). [Consulté le 02 septembre 2013] http://www.gfmer.ch/Bibliotheque_sante_genesique_OMS/Cr_Apprais_fr.htm
- Aouba, A., Péquignot, F., Camelin, L., Laurent, F., Jouglu, E. (2009). La mortalité par suicide en France en 2006. Études et Résultats. *DREES*, 702 : 1-8.
- Aouba, A., Péquignot, F., Camelin, L., Jouglu, E. (2011). Evaluation de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48 : 497-500.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 4: (37) doi:10.1186/1471-244X-4-37
- Batt, A., Campeon, A., Leguay, D., Lecorps, P. (2007). Épidémiologie du phénomène suicidaire : complexité, pluralité des approches et prévention. *Psychiatrie*, 37-500-A-20.
- Beck, F., Guignard, R., Du Roscoät, E., Saïa, T. (2011). Tentatives de suicide et pensées suicidaires en France en 2010. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48 : 488-492.
- Bellamy, V., Roelandt, J.-L., Caria, A. (2005). Premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale : images et réalités. *L'Information Psychiatrique*, 81 (4) : 295 - 304.
- Bracke P, Christiaens W, Verhaeghe M.(2008). Self-esteem, Self-efficacy, and the Balance of Peer Support Among Persons with Chronic Mental Health Problems. *Journal of Applied Social Psychology*, 38 (2): 436-459.
- Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF 3rd, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS. (2004). Reducing Suicidal Ideation and Depressive Symptoms in Depressed Older Primary Care Patients A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 291(9):1081-1091.
- Carter, G.L, Clover, K., Whyte, I.M., Dawson, A.H, D'Este C. (2005). Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ*, 331: 805-807.
- Cedereke, M., Monti, K., Öjehagen, A. (2002). Telephone contact with patients in the year after a suicide attempt: does it affect treatment attendance and outcome? A randomised controlled study. *Eur Psychiatry*, 17 : 82-91.
- Chan-chee & Jezewski-serra (2011). Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48 : 492-496.
- Chevreur, K., Vinet, M.-A., Le Jeannic, A., Lefèvre T.; Quelen, C. (2013). Estimation du fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France en 2009. Etude à paraître de l'Unité de recherche en économie de la santé (URC ECO).
- Commission Européenne (2009). Décès dus au suicide. Eurostat [Archives]. [Consulté le 09 juillet 2013]. <http://ep.eurostat.ec.europa.eu/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&plugin=0&pcode=tps00122&language=fr>
- Courtet, P. (2010). *Le risque suicidaire dans la dépression récurrente*. *L'Encéphale* suppl. 5 : S127-S131.
- Cotgrove, A.J., Zirinsky, L., Black, D., Weston, D. (1995). Secondary prevention of attempted suicide in adolescence. *Journal of Adolescence*, 18:569-577.

- Danel, T., Vilain, J., Roelandt, J.-L., Salleron, J., Vaiva, G., Amarie, A., Plancke, L., Duhamel, A. (2010). Risque suicidaire et tentative de suicide en Nord-Pas de Calais. Enseignements de l'enquête santé mentale en population générale. *L'Encéphale*, 36 (3) : 39-57.
- Davidson L, Chinman M, Kloos B, Weingarten R, Stayner D, Tebes J.K. (1999). Peer Support Among Individuals with Severe Mental Illness: A Review of the Evidence. *Clinical Psychology Science and Practice*, 6 : 165-187.
- DRESS (2011). L'état de santé de la population en France – Rapport. Objectif 92 Traumatismes. Suicides. [Consulté le 10 juillet 2013] http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2011_79_traumatismes_obj92.pdf
- Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A., Pan Ké Shon, J.-L. (2009) Suicide en Prison : la France comparée à ses voisins européens. *Population & Sociétés*, 167 : 1-4.
- Duthé, G., Hazard, A., Kensey, A., Pan Ké Shon, J.-L. (2011). L'augmentation du suicide en prison en France depuis 1945. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, 47-48 : 504-508.
- du Roscoät, E., & Beck, F. (2013). Efficient interventions on suicide prevention : A literature review. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61 : 363-374.
- Eggert, L.L., Thompson, E.A., Herting, J.R., Nicholas, L.J.(1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: tests of a school-based prevention program. *Suicide Life Threat Behav*, 25(2):276–296.
- Eggert, L.L., Thompson, E.A., Randell, B.P., Pike, K.C. (2002). Preliminary effects of brief school-based prevention approaches for reducing youth suicide-risk behaviors, depression, and drug involvement. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*,15(2): 48–64.
- Fleischmann, A., Bertolote, J.-M., Wasserman, D., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., J., De Silva, D., Phillips, M., Vijayakumar, L., Värnik, A., Schlebusch, L., Tran Thi Thanh H. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 86 (9): 703-709.
- Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., Niklewski, G. (2006). The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*, 36(9) : 1225–1234.
- Kovess-Masfety, V., Boyd, A., Haro, J.-M., Bruffaerts, R., Villagut, G., Lépine, J.-P. et al. (2011). High and low suicidality in Europe: A fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys. *Journal of Affective Disorders*, 133 : 247-256.
- Lizardi D, Stanley B (2010). Treatment engagement: a neglected aspect in the psychiatric care of suicidal patients. *Psychiatr Serv*, 61(12):1183–91.
- Lopez, J.-P., & Mamdani, F. (2012). Epigenetic regulation of BDNF expression according to antidepressant response. *Molecular Psychiatry*
- Lupien, S.-J., & McEwen, B.-S. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *National Review of Neuroscience*, 10 (6): 434-445.
- Maron, M., & Vaiva, G. (2012) Polarité prédominante, mixité et suicide. *L'Encéphale*, suppl. 4 : S155-S157.
- Motto, J.-A. & Bostrom, A.-G. (2002). A Randomized Controlled Trial of Postcrisis Suicide Prevention. *Psychiatric Services*, 52: 828–833.
- Mouquet, M.-C., Bellamy, V., Carasco, V. (2006) Suicides et tentatives de suicides en France. *Etudes et résultats. DREES*, 488 : 1-8.
- Nutting, P. A., Dickinson, M.L., Rubenstein, L.V., Keeley, R.D., Smith, J.L., Elliott, C.E. (2005). Improving Detection of Suicidal Ideation Among Depressed Patients in Primary Care. *Annals of family medicine*, 3 (6) 529-536.

- Omnes, C., Vaiva, G., Philippe, A., Rouillon, F., Roelandt, J.-L. (2005). Risque suicidaire dans l'enquête Santé Mentale en Population Générale : premiers résultats. *L'Information Psychiatrique* 81(4) : 308-312.
- OMS (2002) Rapport mondial sur la violence et la santé. [Archives]. Genève, Suisse. [Consulté le 03 mars 2013] http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/fr/full_fr.pdf
- OMS (2004). Investir dans la santé mentale. [Archives]. Genève, Suisse. [Consulté le 03 mars 2013] http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHB8.pdf
- OMS 2012. Prévention du suicide (SUPRE). Dernière mise à jour : aout 2012. [Consulté le 03 mars 2013] http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/index.html
- Oyama H, Goto M, Fujita M, Shibuya H, Sakashita T. (2006). Preventing elderly suicide through primary care by community-based screening for depression in rural Japan. *Crisis*, 27(2):58–65.
- Thompson, E.A., Eggert, L.L., Randell, B.P., Pike, K.C. (2001). Evaluation of indicated suicide risk prevention approaches for potential high school dropouts. *Am J Public Health*, 91(5):742–752
- Turecki, G. & Ernst, C. (2012). The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends in neurosciences*, 35 (1): 14-23.
- Vaiva, G., Walter, M., Al Arab, A.S., Courtet, P., Bellivier F., Demarty, A.-L., Duhem, S., Ducroq, F.; Goldstein, P., Libersa C. (2006). Effect of telephone contact on further suicide attempts in patients discharged from an emergency department: randomised controlled study. *BMJ*, 332 (7552):1241-1255.
- Vaiva, G., Ducroq, F., Jehel, L., Genest, P., Duchet, C., Omnes, C., Rouillon, F., Roelandt, J.-L. (2007). Psychotraumatismes et risque suicidaire en France. *Stress et Trauma*, 7 (2) : 69-77.
- Vaiva, G., Jardon, V., Vaillant, A., Ducroq, F. (2011[a]). Prévention tertiaire du suicide: que faire pour éviter la récurrence? *La Revue du praticien*, 61 (2) : 202-207.
- Vaiva, G., Walter, M., Al Arab, A.S., Courtet, P., Bellivier F., Demarty, A.-L., Duhem, S., Ducroq, F.; Goldstein, P., Libersa C. (2011[b]). ALGOS : the development of a randomized controlled trial testing a case management algorithm designed to reduce suicide risk among suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 11(1) : 1-7.
- Van der Feltz-Cornelis, C.M., Sarchiapone, M., Postuvan, V., Volker, D., Roskar, S., Grum, AT, et al. (2011). Best practice elements of multilevel suicide prevention. strategies. *Crisis*, 1–15.
- Versaevé, C., Vinckier, F., Jeanson, R., Defromont, L., Lebouteiller, V., Lajugie, C. (2013). Liens entre personnalité dépendante, épisode dépressif majeur et tentative(s) de suicide. Dans une population de 108 suicidants, étude des liens entre personnalité dépendante, dépression et différentes variables. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171 (4) : 232–237.
- Rouillon, F. (2008). Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 166 (1) : 63–70.

Résumé

Problématique

Le suicide est un problème majeur de santé publique. 1 million de décès sont comptabilisés chaque année et ce nombre pourrait s'élever à 1,5 million en 2020. Les tentatives de suicide sont encore plus fréquentes que les suicides : leur nombre varie entre 10 à 20 millions par an. En France, presque 1 décès sur 50 est un suicide, ce qui fait d'elle l'un des pays européens avec le plus fort taux de mortalité par suicide. Des dispositifs de prévention au suicide se développent. Quels sont-ils ? Quelle est leur efficacité ?

L'objectif de ce travail est de répertorier des évaluations de programmes de prévention du suicide mis en place en France et à l'étranger et en dégager les principaux résultats.

Méthode

Une analyse de la littérature scientifique a été menée pour sélectionner les études randomisées contrôlées évaluant l'efficacité des dispositifs.

Résultats

Douze études ont été retenues.

La formation des professionnels des soins primaires était dans 50% des cas efficace en termes de diminution des idées suicidaires, détection précoce des troubles dépressifs et de prise en charge précoce des sujets. Le nombre réduit d'études analysées ne permet cependant pas de conclure.

Le maintien de contact avec les suicidants est le type de dispositif le plus souvent évalué. Il semble être l'un des plus efficaces, à condition que le contact provienne du service dans lequel le suicidant était hospitalisé et que le contact soit maintenu sur une période relativement longue.

Le soutien par des pairs en milieu scolaires ne semble pas être un dispositif très efficace pour les adolescents.

Conclusions

Le comportement suicidaire est un phénomène multifactoriel mais certains dispositifs de prévention du suicide ont montré leur efficacité dans des pays culturellement différents. Il est nécessaire de poursuivre l'effort d'évaluation de ces derniers afin de permettre leur généralisation.

Mots-clés :

Suicide – Tentative de suicide- Prévention du suicide –Etudes Randomisées Contrôlées