

Prévention du suicide : intérêt d'une approche multimodale

Dr Vincent Jardon,
responsable Hauts-de-France du dispositif
VigilanS, hôpital Fontan, centre
hospitalier universitaire (CHU) de Lille.

La prévention des conduites suicidaires est une priorité de santé publique, la mort par suicide représentant la troisième cause d'années de vie perdues pour la population française [1]. Le nombre total des décès dus à cette cause a diminué ces dernières années ; cependant, la France reste parmi les pays d'Europe qui enregistrent les taux les plus élevés [2]. Les modèles de prévention s'appuyant sur un découpage en prévention primaire – actions visant à réduire la fréquence d'une maladie –, secondaire – actions visant à la détection et au traitement précoce d'une maladie –, et tertiaire – actions visant à réduire la progression et les complications de la maladie –, issus de la fin des années 1950, ont semblé peu adaptés au contexte particulier de l'épidémiologie du suicide [3] et ont amené à plutôt s'appuyer sur le modèle proposé par Gordon [4] et repris par l'Institute of Medicine de Washington [3]. Ce modèle propose une approche par populations et se décline :

- en prévention universelle (à destination de la population générale) ;
 - en prévention sélective (centrée sur des groupes à risque identifiés) ;
 - en prévention ciblée ou indiquée (qui vise les personnes ayant déjà manifesté un ou des comportements associés à la problématique).
- Ces concepts se réfèrent ainsi aux groupes sur lesquels on peut agir plutôt que directement sur l'événement à prévenir.

Une des grandes difficultés dans la recherche sur le suicide est d'arriver à produire un résultat statistiquement significatif sur la baisse de la mortalité, au vu des effectifs qu'il serait nécessaire d'inclure dans ces recherches, l'événement « mort par suicide » étant relativement rare (on estime par exemple entre 1 et 2 % le nombre de patients qui vont décéder par suicide l'année qui suit une tentative de suicide [5]). Nombre de résultats sont à peine significatifs et seules des méta-analyses cumulant un nombre suffisant d'études arrivent

à faire ressortir un effet positif des dispositifs et des interventions sur la mortalité [6]. Ainsi, selon Elizabeth Ballard [7], dans le cadre de la prévention du suicide, un modèle de causalités multiples requiert une approche multimodale, que ce soit dans le domaine de la recherche ou dans le domaine des interventions à proposer.

L'intérêt des interventions à composantes multiples

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), en 2014, dans son rapport *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial* [8], fait état de l'intérêt de proposer des interventions « à composantes multiples » et rapporte que des études montrent que l'intégration d'interventions multiples produit des effets cumulés et synergiques. Qu'on appelle ces stratégies combinées multiniveaux, multimodales, multisectorielles ou à composantes multiples, l'approche qu'elles proposent gagne du terrain, montre un réel progrès dans l'effort actuel de prévention du suicide et s'intègre au mieux dans les stratégies nationales de prévention. Quelques expériences à l'étranger ont tenté de mettre en application ces principes.

Deux expériences ont à ce titre été marquantes :

- un programme de l'*US Air Force* de 1996, combinant 11 approches, dont la formation de sentinelles, l'amélioration du rôle de prévention des professionnels de santé mentale, la mise en place d'un système complet de services psychosociaux, avec une baisse des suicides de 33 % [9] ;
- à Nuremberg en 2000, avec un programme alliant formation des médecins généralistes au repérage, au traitement et à l'intervention de crise, une campagne d'information vers le grand public et les médias, sensibilisation des facilitateurs communautaires, soutien des groupes à risque (déprimés, suicidants et proches), qui obtient une baisse des tentatives de suicide de 26 % à deux ans [10].

Du Connecticut

Plus récemment, dans le Connecticut aux États-Unis, un programme appelé *Signs Of Suicide*¹ (SOS) [11] a été mis en place au sein d'établissements scolaires de type lycées

techniques depuis le début des années 2000, à destination des élèves de 15 ans. Il contient :

- un volet éducation à la santé formant ces élèves à mieux reconnaître et à mieux comprendre chez un proche les signes de dépression, de vulnérabilité suicidaire et à savoir quelle conduite adopter ; il s'agit donc d'un programme de formation de « pairs-sentinelles » ;

- un volet qui propose aux élèves une auto-évaluation de la dépression, des idées suicidaires et qui explique comment rechercher de l'aide dans ces situations (savoir à qui s'adresser, mieux connaître les conditions d'accès aux soins...).

- Une évaluation a été effectuée sur 650 élèves répartis dans 17 établissements durant les années 2007 à 2009, qui a permis de conclure à :

- une efficacité de ce programme avec une baisse importante du nombre de tentatives de suicide des élèves dans les trois mois qui ont suivi l'implantation de ce programme ;
- une meilleure connaissance sur le repérage ;
- leur capacité à intervenir auprès d'autres élèves.

Au Québec

En 2000, un programme québécois, Ensemble pour la vie, s'est lui centré sur la question de la prévention du suicide auprès des forces de police de la région de Montréal, en proposant de combiner quatre approches :

- une formation d'une demi-journée destinée à tout le personnel de police, sur la thématique du suicide, sa prévention et sur la façon d'aider un collègue en difficulté ;
- la création d'une ligne téléphonique pour les officiers de police en demande d'aide sur différents sujets – problème au travail, orientation sexuelle, exposition à une situation traumatique, problème de dépendance (alcool, jeu...), problème de couple ou relationnel – ;
- une formation d'un jour auprès des supérieurs par des psychologues pour mieux identifier les personnes à risque et mieux les aider ;
- une campagne de publicité pour informer les policiers sur le programme en cours (articles dans les journaux professionnels, affiches dans les commissariats, distribution d'une

brochure à chacun des membres de la police). Là encore, une évaluation [12] menée sur 4 178 policiers, couvrant douze années, a permis de montrer qu'ils avaient une bonne connaissance du programme – qu'ils trouvaient par ailleurs utile. Surtout, il a été constaté une baisse importante du nombre de suicides dans la population ciblée (- 79 %) en comparaison aux autres forces de police du Québec (+ 11 %).

Un article scientifique récent de Hofstra [5] a fait le point sur les différentes stratégies de prévention évaluées lors de ces dernières années. À nouveau, ces deux programmes (présentés ci-avant : Connecticut et Québec) qui combinent plusieurs approches ressortent particulièrement de cette analyse, puisque leur efficacité apparaît supérieure à celle des autres programmes. Il semble même que plus un programme fait le choix de combiner différents niveaux d'action, plus son niveau d'efficacité est important. En effet, l'efficacité totale du programme apparaît supérieure à la somme des effets imputables à chacune des parties du programme. Ainsi, un programme multimodal de prévention du suicide permet de retirer un bénéfice maximal de ses différentes composantes en permettant une synergie.

De plus, un article récent de Matsubayashi [13] montre que les pays qui ont fait l'effort de se

doter d'un programme national de prévention du suicide ont eu de meilleurs résultats sur la mortalité que les pays comparables sans plan national.

En France : Vigilans

En France, un programme de veille [14] auprès de patients ayant réalisé une tentative de suicide (Vigilans) a été implanté dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais depuis 2015. Ce type de prévention apparaît pleinement s'inscrire dans cette démarche en déclinant plusieurs actions au fur et à mesure de son implantation : en plus de la veille par appel téléphonique et/ou par carte postale s'est ajoutée une dimension de mise en réseau puisque les médecins traitants, les services d'urgences, les psychiatres ont aujourd'hui identifié ce dispositif sur lequel ils s'appuient plus volontiers. Ce réseau s'étend encore davantage aujourd'hui, en y incluant tous les dispositifs médico-sociaux et le milieu associatif. En parallèle a émergé le besoin de mieux se former à l'évaluation du risque suicidaire et à l'intervention en situation de crise auprès des différents intervenants de ce réseau nouvellement constitué. Ce programme est en cours d'extension à l'ensemble du territoire national (voir les autres articles sur *Vigilans* dans ce même dossier).

En complément, un programme multimodal de prévention du suicide en commun avec nos amis québécois est prévu pour 2020 sur les deux territoires (France et Québec). Coopération Québec-France sur la dépression et l'isolement (CQFDi) [15] combine les trois approches :

- universelle avec un site Internet visant à améliorer la « littératie² » sociale en population générale ;
- sélective avec la formation des médecins généralistes et des travailleurs sociaux au dépistage, à l'évaluation et à l'orientation des personnes présentant des facteurs de risque tels que la dépression et l'isolement ;
- ciblée avec le maintien d'un lien (suivi et recontact téléphonique) des suicidants et des personnes isolées.

En conclusion, il apparaît assez nettement que la complexité que nous propose la prévention des conduites suicidaires doit nous amener à prévoir une stratégie de prévention multimodale, combinée, couvrant l'ensemble de la population tout en s'adaptant à certaines spécificités, dans un cadre d'action de prévention national. ■

1. Signes de suicide (NDLR).

2. Aptitude à lire, à comprendre et à utiliser l'information écrite dans la vie quotidienne (NDLR).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Mouquet M.-C., Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) *Études et Résultats*, mai 2006, n° 488. En ligne : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er488.pdf>

[2] *Suicide rate estimates, age-standardized. Estimates by country*. Observatoire de la santé mondiale – Organisation mondiale de la santé (OMS). En ligne : <http://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRREGV?lang=fr>

[3] Committee on Prevention of Mental Disorders Division of Biobehavioral Sciences and Mental Disorders, Institute of Medicine Washington, Mrazek P. J., Haggerty R. J. (éds.) *Reducing Risks for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. 1994. En ligne : <https://www.nap.edu/catalog/2139/reducing-risks-for-mental-disorders-frontiers-for-preventive-intervention-research>

[4] Gordon R.S. *An operational classification of disease prevention*. Public Health Reports, 1983, vol. 98, n° 2 : p. 107-109. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1424415/pdf/pubhealthrep00112-0005.pdf>

[5] Hofstra E., van Nieuwenhuizen C., Bakker M., Özgül D., Elfeddali I., de Jong S. J. *et al.* Effectiveness of suicide prevention interventions: A systematic review and meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 8 mai 2019 pii: S0163-8343(18)30509-7. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31078311>

[6] Vuagnat A. Recurrence and mortality 1 year after hospital admission for non-fatal self-harm: a nationwide population-based study. *Epidemiology and Psychiatric Science*, février 2019, n° 18 : p. 1-10.

[7] Ballard E. D., Zarate C.A. Jr. Preventing suicide: A multicausal model requires multimodal research and intervention. *Bipolar Disorders*, septembre 2018, vol. 20, n° 6 : p. 558-559. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6175633/pdf/nihms960112.pdf>

[8] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Prévention du suicide. L'état d'urgence mondial*. OMS, 2014 : 89 p. En ligne : https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/

[9] Knox K. L., Litts D. A., Talcott G. W., Feig J. C., Caine E. D. Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: cohort study. *British Medical Journal*, 13 décembre 2003, vol. 327, n° 7428 : 1376. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC292986/>

[10] Hegerl U., Althaus D., Schmidtke A., Nikiewski G. The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce

suicidality. *Psychological Medicine*, septembre 2006, vol. 36, n° 9 : p. 1225-1233. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16707028>

[11] Schilling E. A., Aseltine R. H. Jr., James A. The SOS Suicide Prevention Program: Further Evidence of Efficacy and Effectiveness. *Prevention Sciences*, février 2016, vol. 17, n° 2 : p. 157-166. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26314868>

[12] Mishara B. L., Martin N. Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis*, janvier 2012, vol. 33, n° 3 : p. 162-168. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3380405/>

[13] Matsubayashi T., Ueda M. The effect of national suicide prevention programs on suicide rates in 21 OECD nations. *Social Science & Medicine*, novembre 2011, vol. 73, n° 9 : p. 1395-400. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21940085>

[14] Jardon V., Debien C., Duhem S., Morgiève M., Ducrocq F., Vaiva G. Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants. *L'Encéphale*, 2019, n° 45, Suppl. 1 : S13-S21. En ligne : <https://www.em-consulte.com/es/article/1268135/un-exemple-de-systeme-de-veille-post-hospitaliere>

[15] Kopp-Bigault C., Walter M. Prévention du suicide des personnes âgées en France. Vers une stratégie multimodale de lutte contre la dépression et l'isolement : CQFDi. *L'Encéphale*, 2019, vol. 45, Suppl. 1 : S35-S37. En ligne : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700618302057>