



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Carrefour des spécialités

Prévention du suicide : comment agir ?

Suicide prevention: How to act?

M. Pouquet^{a,*}, D. Niare^a, C. Guerrisi^a, T. Blanchon^a, T. Hanslik^{a,b,c}, N. Younes^{c,d,e,f}^a Sorbonne université, Inserm, institut Pierre-Louis d'épidémiologie et de santé publique, (IPLESP), 75012 Paris, France^b Service de médecine interne, hôpital Ambroise-Paré, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, AP-HP, 92100 Boulogne-Billancourt, France^c UFR des sciences de la santé Simone-Veil, université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, 78280 Versailles, France^d Université Versailles-Saint-Quentin, université Paris Saclay, CESP, Team DevPsy, 94807 Villejuif, France^e Centre hospitalier Versailles, service hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'adulte et d'addictologie, 78157 Le Chesnay, France^f Université Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines, Versailles, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 20 mai 2022

Mots clés :

Suicide/prévention et contrôle

Évaluation de programmes

Troubles mentaux/thérapie

RÉSUMÉ

Le suicide est un phénomène complexe considéré comme en partie évitable et sa prévention est une priorité de santé publique. Certaines interventions de prévention du suicide ont fait l'objet d'évaluation, comme la formation des professionnels de santé notamment à l'évaluation du potentiel suicidaire (risque suicidaire et surtout urgence/dangerosité suicidaire), le dépistage et la prise en charge des troubles mentaux, la veille post-tentative de suicide, la diminution de l'accès à des moyens létaux fréquents, ou une couverture médiatique des suicides contrôlée et à visée éducative. La stratégie de mise en place de mesures de prévention auprès de groupes à risque, bien que moins rigoureusement évaluée, est également déployée. Une prévention efficace du suicide passe par la mise en place simultanée de plusieurs stratégies de prévention ciblant différents facteurs de risque. Les cliniciens jouent un rôle primordial dans la plupart de ces interventions.

© 2022 Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI). Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Although being complex, suicide is a phenomenon considered as preventable, and its prevention has been made as a public health priority. Some interventions to prevent suicide have been evaluated, such as the education of the healthcare workers, especially in the suicidal assessment (suicidal risk and suicidal emergency/dangerousness), the diagnosis and management of common mental disorders, the care provided after a suicide attempt, the restriction access to common means of suicide, the use of websites to educate the public, or the appropriate reports of suicide in media. Other interventions, even not rigorously evaluated, are implemented in France as in many parts of the world. It is the case of interventions among identified high-risk groups. To be efficient, prevention programs should simultaneously include different strategies targeting several known risk factors for suicide. Clinicians play a crucial role in the suicide prevention strategies.

© 2022 Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI). Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Keywords:

Suicide/prevention and control

Program evaluation

Mental disorders/therapy

1. Introduction

Plus de 800 000 personnes se suicident chaque année dans le monde — soit une toutes les 40 secondes. Avec environ 9000 décès par suicide par an, c'est-à-dire trois fois plus que par accident de la route, la France présente un des taux de suicide les plus élevés d'Europe de l'Ouest, même si une légère baisse du taux a été

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marie.pouquet@iplesp.upmc.fr (M. Pouquet).

constatée depuis 2000 [1]. Les conséquences affectives, médico-sociales et économiques des comportements suicidaires (suicides et tentatives de suicides) sont considérables. Il a été estimé qu'un suicide endeuille en moyenne 7 proches, et impacte plus de 20 personnes [2]. Les tentatives de suicides sont responsables de 176 000 à 200 000 passages aux urgences et de 70 000 hospitalisations chaque année en France. Le coût économique global des suicides et des tentatives de suicide a été chiffré à 5 milliards d'euros par an [3,4]. En 2017, le dernier baromètre santé a montré qu'un français (adulte) sur 20 a eu des pensées suicidaires au cours de l'année précédant l'enquête, et quasiment un sur 10 rapporte avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de sa vie [5]. Longtemps tabou et réservé à la sphère privée, le suicide est reconnu comme problème de santé publique depuis les années 1980. Les connaissances acquises sur les comportements suicidaires en font désormais un phénomène considéré comme en partie évitable [6].

Tout médecin (interniste, généraliste, cardiologue, ...) a un rôle majeur à jouer dans la prévention des tentatives de suicide et des suicides. En effet, si le suicide est un phénomène rare dans la patientèle (une à 6 tentatives de suicide annuelles et un décès tous les 4 à 7 ans pour les médecins généralistes par exemple), il faut savoir qu'environ 75 % des suicidés ont consulté un professionnel de santé dans l'année avant le suicide, et environ la moitié dans le mois avant leur décès [7]. Ces chiffres indiquent le rôle majeur des professionnels de santé, notamment auprès de patients en crise suicidaire. Il s'agit d'une crise psychique qui peut survenir à certaines périodes de la vie d'une personne qui a épuisé ses ressources adaptatives, psychologiques et comportementales et qui va, du fait de distorsions cognitives liées à la crise suicidaire, envisager le suicide comme la seule solution aux difficultés et à la souffrance qu'elle affronte. Cette crise est réversible ; son repérage, évaluation et accompagnement par un professionnel de santé peut permettre à un patient de sortir de la crise suicidaire.

Nous proposons dans cet article de faire d'abord un point sur les moyens de prévention du suicide pouvant être mis en place individuellement par le clinicien en présentant comment évaluer et intervenir sur une crise suicidaire, puis nous présentons les moyens de prévention disponibles à l'échelle de la population.

2. Les moyens de prévention du risque suicidaire par le clinicien

Tout médecin interniste comme tout clinicien a la possibilité d'intervenir positivement sur une crise suicidaire en cours chez un patient qui vient consulter pour un motif somatique comme une fatigue ou le suivi d'une maladie chronique, à partir du moment où il aborde cette question directement. Les principales interventions de prévention du suicide et leur déploiement possible dans la pratique clinique sont présentées dans le [Tableau 1](#). L'idée n'est pas de se transformer en psychiatre mais de pouvoir évaluer cette dimension, comme on parle de la douleur ou d'un autre symptôme, en mesurant pour ce patient la vulnérabilité ou risque suicidaire et l'urgence/dangerosité suicidaire. Cette démarche est formalisée dans les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS, recommandations de 2000 sur la crise suicidaire et de 2021 sur les idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent) ou dans l'outil pragmatique du RUD (risque urgence dangerosité ; UDR si on le classe par ordre d'importance) élaboré par les professeurs Terra et Séguin dans le cadre de la campagne nationale de prévention du suicide [8–10].

2.1. Évaluer la vulnérabilité ou risque suicidaire du patient

Le clinicien doit avoir en tête les facteurs de vulnérabilité (ou de risque « R ») suicidaire qui doivent l'amener à poser au patient

en consultation la question des idées suicidaires quand un ou des facteurs sont présents. Ces facteurs découlent des études épidémiologiques sur les populations de suicidés et de suicidants (facteurs de risque de décès dans les deux ans atténués par les facteurs de protection). Corrélés statistiquement au décès par suicide à l'échelle d'une population, leur présence n'indique qu'un risque et ne renseigne pas sur le danger et l'urgence suicidaire pour le patient. Il n'existe pas encore de modèle pondérant les facteurs de risque les uns par rapport aux autres. La liste nombreuse varie selon les études, on retiendra les principaux. L'antécédent de tentative de suicide est à considérer (30 à 40 % des suicidants récidivent, généralement dans l'année qui suit le premier acte, 10 % décèdent par suicide dans les dix ans), mais l'absence d'antécédent suicidaire ne doit pas rassurer faussement car il faut savoir que 50 à 60 % des morts par suicide surviennent lors d'un premier passage à l'acte [11–13]. Enfin, un antécédent familial de décès par suicide, parfois tabou, est à rechercher car sa présence augmente le risque individuel de suicide [14]. Un autre facteur de risque majeur est la présence d'un trouble psychiatrique notamment dépressif, de l'usage de substances, de troubles de la personnalité (d'après les autopsies psychologiques, 90 à 95 % des personnes qui se suicident ont, au moment de l'acte, un trouble psychiatrique qu'il est possible de diagnostiquer) [15]. Un interniste doit savoir que les maladies physiques sont également liées aux conduites suicidaires, d'autant plus qu'elles sont douloureuses, chroniques, nombreuses, qu'elles diminuent la mobilité, qu'elles sont fonctionnellement handicapantes ou réputées incurables. Les études mettent en évidence une augmentation d'un facteur 1 à 2 de tentatives de suicide ou suicides chez les patients ayant une maladie physique, avec un risque plus élevé chez les patients ayant un cancer ou de l'asthme (4 fois plus élevé comparé à de la population générale), mais aussi chez ceux ayant une bronchite chronique (2 à 3 fois plus élevé) [16]. Parmi les autres pathologies à risque suicidaire, on peut citer le diabète et les maladies rhumatismales [17,18]. Chez les patients avec un cancer, le risque varie selon sa localisation (risques les plus élevées pour les cancers pulmonaires), il est plus haut dans la période de l'annonce diagnostique et chez les jeunes patients [19]. Chez les personnes âgées, la polypathologie a été identifiée comme un facteur de risque [20]. Un risque accru a également été montré chez les survivants des unités de soins intensifs comparés aux patients d'autres unités de soins, un des facteurs indépendamment associés à cette augmentation étant la ventilation mécanique invasive [21]. Dans une étude qualitative auprès de suicidants, des patients avec une sclérose en plaques ou une maladie chronique rénale de stade 5 ont rapporté qu'ils n'avaient pas pris leurs traitements médicamenteux pour l'utiliser comme moyen suicidaire pour les délivrer de leur souffrance [22]. Au niveau des facteurs de risque sociodémographiques, l'isolement affectif expose plus au suicide le monde rural, les veufs, les célibataires, les personnes divorcées ou séparées notamment dans l'année précédente pour les adolescents et jeunes adultes. Les situations de désinsertion ou de fragilisation socioprofessionnelle (chômage, emploi précaire, retraite récente), les soucis financiers ou les autres événements de vie durant l'année passée incluant des événements relationnels à type de pertes, de conflits, de menaces ou d'humiliations constituent des facteurs de risque suicidaire. Les suicides sont plus masculins (sex-ratio homme/femme : 2,9/1), les tentatives de suicide un peu plus féminines (sex-ratio homme/femme : 1/1,5) et le risque de suicide augmente avec l'âge (attention aux 35 à 55 ans, particulièrement les hommes et aux sujets âgés de plus de 65 ans) [6]. Les facteurs protecteurs chez les personnes à risque sont les croyances ou pratiques spirituelles, des objections morales au suicide, la peur du suicide, des raisons de vivre (dont des préoccupations pour ses enfants, sa famille), des capacités de résilience, une capacité à demander de l'aide et l'existence d'un soutien social. La liste des facteurs de vulnérabilité montre que la population à risque est étendue parmi les

Tableau 1

Principales interventions de prévention du suicide et leur déploiement possible dans la pratique clinique.

Objectifs	Actions à envisager dans la pratique clinique
Repérer et évaluer la crise suicidaire chez un patient	Évaluer le risque suicidaire en s'appuyant sur les trois composantes de l'outil RUD Identifier et lister le cas échéant les facteurs de Risque/vulnérabilité suicidaire (R) Évaluer l'Urgence suicidaire (U) en posant des questions simples au patient comme « Vous arrive-t-il de penser que vous aimeriez mieux être mort ? » « Avez-vous pensé vous suicider » « Avez-vous pensé comment le faire ? » « Quand ? » Évaluer le Danger (D) : poser des questions de façon à savoir si le patient a facilement à disposition des moyens létaux (corde, médicament, arme, etc.) L'évaluation du potentiel suicidaire peut être classifiée ainsi : risque élevé : la planification de l'acte est claire, sans alternative et il est programmé dans les heures ou jours à venir ; risque moyen : un scénario est envisagé, mais il n'est pas immédiat ou précis, des alternatives existent ; risque faible : le patient pense au suicide mais n'a pas de scénario précis, et une alternative existe pour soulager sa souffrance
Proposer au patient une prise en charge adéquate selon le niveau de risque suicidaire évalué	Si le niveau de risque suicidaire estimé est élevé Adresser le patient aux urgences psychiatriques (en ambulance ou avec un membre de la famille) Exprimer son inquiétude et son empathie pour la crise suicidaire auprès du patient, dire que cet état est connu et réversible avec des aides mises en place Si le niveau de risque suicidaire estimé est moyen/faible Exprimer son inquiétude et son empathie pour la crise suicidaire auprès du patient Demander au patient comment et auprès de qui il peut trouver de l'aide pour en sortir (médecin traitant, adressage à des soins spécialisés) Une prise en charge ambulatoire peut être envisagée
Limiter l'accès aux moyens létaux chez les patients vulnérables	Limiter le volume de médicaments prescrits Travailler avec le patient et son entourage pour supprimer de son environnement immédiat tout moyen létaux potentiel (arme, corde, ouverture de fenêtres)
Mener des actions auprès des patients vulnérables	Dépister les troubles mentaux, et proposer une prise en charge (médicale, suivi, soutien) en faveur de la prévention du suicide Informers les patients avec des vulnérabilités de l'existence de numéros d'appel d'urgence : numéro national de prévention du suicide (3114), SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, Suicide Écoute, et pour les agriculteurs et salariés de la MSA Agri'écoute
Veiller sur les suicidants	Inclure le suicidant dans le dispositif Vigilans
Communiquer de façon appropriée dans les médias	S'inscrire à une formation du programme Papageno pour s'approprier les bonnes conduites à adopter face aux médias et aux suicides

patients d'une consultation. Quand il y a un facteur de risque, il est important de lister méthodiquement les autres. Plus le nombre est élevé, plus le risque est élevé.

2.2. Évaluer l'urgence et la dangerosité suicidaire

En cas de vulnérabilité, le clinicien doit déterminer l'urgence et la dangerosité suicidaire (« U et D »). Pour cela, il doit poser des questions simples à son patient sans avoir peur d'aborder directement les idées suicidaires. Vous arrive-t-il de penser que vous aimeriez mieux être mort ? Si la réponse est positive, il faut préciser « Avez-vous pensé vous suicider ? » et rechercher un scénario suicidaire « Avez-vous pensé à comment le faire ? » « Avez-vous pensé à quand ? » pour évaluer la dangerosité (létalement et accessibilité du scénario suicidaire) et enfin, il est intéressant de demander au patient s'il a d'autres alternatives que le suicide « Y a-t-il quelque chose qui vous retient de vous suicider ? ». Ces questions semblent difficiles à poser pour le médecin et pourtant, il est clairement établi désormais que demander à un patient s'il a des idées suicidaires, ne lui donne pas l'idée de se tuer, ne précipite aucunement la crise suicidaire [23]. Le patient infirmera s'il n'a pas d'idées suicidaires « je n'en suis pas là, Docteur » et sera reconnaissant à son médecin de sa sollicitude. En revanche, si le patient est en crise suicidaire, dans cet état réversible de souffrance et de vulnérabilité où ses moyens de défense sont dépassés et dont il cherche à sortir, il en parlera à son médecin et cela concourra à le faire sortir de son isolement, à le soulager de l'anxiété ou de la culpabilité qu'il peut ressentir, et possiblement à prendre de la distance avec la crise. Le médecin ne doit pas avoir peur, il n'y a pas de phrases qui peuvent faire du mal s'il écoute son patient avec empathie lui montrant qu'un autre comprend ce qu'il vit.

Il y a une urgence suicidaire élevée lorsque le patient a un scénario suicidaire sans alternative avec une planification dans les jours

suivants. Ce patient ne doit pas sortir de la consultation mais être adressé aux urgences psychiatriques (en ambulance ou avec un membre de la famille). Il est important que le médecin verbalise son inquiétude pour la crise suicidaire en cours, dire que cet état est connu, qu'il est réversible avec des aides qu'il met en place en l'adressant à des collègues auprès de qui il fait le lien. Si le patient a un scénario suicidaire mais que la date de sa réalisation est éloignée ou non fixée, que le sujet a des alternatives, l'urgence est moyenne. Le médecin exprime son empathie pour la crise suicidaire que vit le patient et lui demande comment et auprès de qui il peut trouver de l'aide pour en sortir (son médecin traitant, un adressage à des soins spécialisés). Une prise en charge ambulatoire peut être envisagée. La même attitude soignante vaut pour une situation avec un risque suicidaire faible (sans scénario suicidaire).

3. Les moyens de prévention du suicide au niveau populationnel

3.1. Protéger les populations à risque

Les interventions de prévention visant les populations à risque préalablement identifiées sont sujettes à débat quant à leur efficacité pour réduire l'incidence des suicides à l'échelle nationale [24]. Pour être efficace, une telle intervention doit cibler un groupe à risque :

- qui comprend une forte proportion de la totalité des cas de suicide (sensibilité) ;
- dont le risque doit être très élevé comparé aux autres groupes (discrimination) ;
- dans lequel la probabilité qu'une personne meurt par suicide soit élevée (valeur prédictive positive) [24].

Peu d'études ont évalué de façon rigoureuse des interventions de prévention ciblées sur des groupes à risque préalablement identifiés. Un essai comparatif randomisé visant à tester trois interventions, i.e. la formation de sentinelles (personnes formées pour repérer les individus en souffrance à risque de suicide), la sensibilisation à la santé mentale, et le dépistage professionnel des adolescents à risque contre un témoin, mis en place dans onze pays européens dans des établissements scolaires auprès de jeunes adolescents (programme SEYLE Saving and Empowering Young Lives in Europe) a démontré une diminution significative des taux d'idéation et de planification suicidaire et de tentatives de suicides après 12 mois de suivi par rapport au groupe contrôle [25]. Une méta-analyse a confirmé une réduction significative des tentatives de suicide et des idées suicidaires après l'implémentation de programmes auprès d'adolescents en milieu scolaire [26]. Trois types d'interventions de prévention ont aussi été proposées auprès des étudiants en médecine ou médecins, identifiés comme ayant un risque de suicide plus élevé en comparaison à la population générale, en particulier chez les femmes : des interventions institutionnelles (modification au niveau du système, e.g. un changement au niveau du système passage/redoublement au cours des deux premières années), des interventions de groupe (e.g. thérapies de pleine conscience basées sur la méditation), et des interventions individuelles (dépistage des troubles psychiatriques) [27]. Chez les étudiants comme chez les médecins, les interventions individuelles sont associées à une faible réduction des symptômes de troubles mentaux uniquement sur du court terme (un à trois mois). Les interventions institutionnelles pour améliorer la santé mentale en modifiant l'environnement de travail semblent les plus prometteuses [28]. Une revue sur les interventions dans le milieu du travail a montré l'efficacité des programmes multistratégies (déstigmatisation, institutionnel, ligne d'urgence, sentinelles) auprès des travailleurs du bâtiment, des vétérans américains [29,30]. C'est ce type de programme que développe la mutualité sociale agricole auprès des agriculteurs et exploitants, la police nationale, des systèmes aux chefs d'entreprise [31].

3.2. Améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles mentaux, et en diminuer la stigmatisation

Le dépistage et la prise en charge des troubles mentaux constituent une importante stratégie de prévention du suicide (Tableau 1). Gardons en tête les effets de l'étude historique de Gotland qui a montré une diminution de 60 % des suicides deux ans après la mise en place d'un programme de formation de médecins généralistes, et plus récemment les effets démontrés de l'intervention multidimensionnelle NAD (Nuremberg Alliance Against Depression) pour améliorer la prise en charge de la dépression, qui comprenait un programme de formation des médecins généralistes à la détection et la prise en charge collaborative de la dépression mais aussi vers d'autres acteurs de la communauté (prêtres, travailleurs sociaux, enseignants, etc.), des campagnes de déstigmatisation sur la dépression auprès de la population générale et enfin des offres d'autosoins et des lignes d'appel [32]. Une baisse significative (–24 %) du nombre de suicides a été rapportée à 2 ans, comparativement au taux dans la région contrôle et notamment pour les tentatives de suicide avec les moyens les plus létaux. Des études ont montré l'efficacité de traitements pour réduire le risque de suicide : les antidépresseurs chez les adultes, ou chez les personnes âgées de plus de 75 ans souffrant de dépression, le lithium chez les personnes vivant avec un trouble bipolaire, les antipsychotiques dans le trouble schizophrénique, des thérapies cognitivocomportementales, ou des thérapies comportementales dialectiques [33–36]. A contrario, les benzodiazépines sont associées à une augmentation du risque de suicide, probablement à cause de leur effet désinhibiteur et leur toxicité en overdose [37].

Au-delà de la prise en charge médicale, il est absolument nécessaire de briser le tabou et la stigmatisation persistante autour des troubles mentaux et des idées et actes suicidaires. Cela implique une stratégie de prévention universelle, à l'échelle de la société.

3.3. Aller vers une veille post-tentative de suicide

Établir un contact ou rester en contact avec un suicidant sont des composantes essentielles de la prévention du suicide, telles la veille post-tentative de suicide, les lignes d'urgence téléphonique et les démarches de postvention, mises en place en parallèle d'une éventuelle prise en charge (Tableau 1) [38]. Plusieurs essais cliniques ont testé ces interventions (envoi de courrier ou de cartes postales), et montré leur efficacité dans la réduction des tentatives de suicide, ou sont en cours (essai de recontact systématique par SMS proposé par l'équipe du CHU de Brest) [39–41]. Partant des résultats de ces études, un dispositif (Algos) qui consistait notamment en des contacts réguliers par téléphone ou par SMS a été testé en France dans 23 centres auprès de 1055 patients âgés de 18 ans ou plus, via un essai clinique randomisé comparant les effets de l'algorithme à un groupe contrôle de suicidants traités de façon usuelle [42]. Face aux résultats favorables à l'algorithme, l'Agence régionale de santé (ARS) Nord-Pas-de-Calais a accepté, en 2015, la transposition de ce protocole de recherche en pratique clinique sous le nom de Vigilans. Le dispositif de soins Vigilans propose ainsi dans différents territoires, un accompagnement post-hospitalier pour les personnes ayant fait une tentative de suicide, avec une veille sur une période de 6 mois via un numéro d'appel d'urgence, des contacts par téléphone, etc. [43]. En février 2022, Vigilans était déployé dans 17 régions en France dont 4 d'Outremer. L'objectif est d'approfondir la couverture territoriale, afin notamment que chaque région dispose d'un dispositif opérationnel d'ici fin 2022.

Des études dans d'autres pays ont montré l'efficacité des hotlines téléphoniques en termes d'apaisement de la détresse émotionnelle en début et fin d'appel et de diminution de l'urgence suicidaire [44]. Les interventions multidimensionnelles dans certains groupes professionnels à risque de suicide que nous avons présentés incluent une hotline pour les travailleurs du monde agricole (agri'écoute), les policiers ou personnels pénitentiaires, ou aux États-Unis pour les travailleurs du bâtiment [30,45]. En France, le numéro national de prévention du suicide (3114) est ouvert depuis le 1^{er} octobre 2021, et des associations de prévention et d'aide à distance en santé (PADS) proposent ce soutien téléphonique. Les principales PADS sont SOS Suicide Phénix, Suicide Écoute et SOS Amitiés. Cette dernière assure une permanence téléphonique 24 h/24, 7 j/7. L'anonymat et la confidentialité des échanges permettent d'aborder des sujets intimes, parfois tabous, tels que les violences subies, la maladie mentale ou les idéations suicidaires [46]. Selon une étude rapportée dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire du 5 février 2019, SOS Amitié, SOS Suicide Phénix, et Suicide Écoute ont reçu en 2016 un total de 543 883 appels qui ont abouti à des entretiens, dont 19 500 concernaient directement la problématique du suicide [46]. Les causes les plus souvent évoquées étaient la dépression et le *burn-out*, les maladies psychiques, la solitude, les difficultés relationnelles et les ruptures affectives.

3.4. Limiter l'accès aux moyens létaux

La diminution de l'accès aux moyens létaux est une stratégie universelle reconnue dans la prévention du suicide. Elle permettrait de retarder voire de supprimer l'impulsion suicidaire, l'acte suicidaire étant souvent un acte compulsif commis dans un moment de crise. Cela est d'autant plus vrai qu'il a été montré que l'absence d'une méthode létale n'implique pas le remplacement par une autre tout aussi létale [47]. Le choix de la méthode varie selon les contextes géographiques et culturels, même à petite échelle,

et selon le sexe. Pour être efficace, la stratégie de restriction des moyens létaux doit donc s'adapter à ces disparités : plus une méthode est employée et mortelle, plus sa restriction aura un impact sur le taux d'incidence des suicides.

La pendaison et l'ingestion de pesticides figurent parmi les méthodes les plus utilisées dans le monde (40 % et 14 à 20 % des suicides, respectivement), suivi par les médicaments, dont la restriction de l'accès constitue une stratégie de prévention considérée comme efficace (Tableau 1) [26,48,49]. Au Royaume-Uni, il a été estimé que la limitation du nombre de comprimés par paquet d'analgésique serait à l'origine d'une réduction moyenne du nombre de décès de 17 % (IC 95 % [–25 ; –9]) tous les trois mois, ce qui représenterait une réduction du nombre de décès par suicide de 43 % pendant les onze ans suivant son instauration [50]. Parmi les autres moyens létaux fréquemment utilisés, le suicide par arme à feu est une méthode hautement mortelle, dont l'efficacité de la restriction à l'échelle nationale reste débattue, même si elle est indiquée au niveau de population à risque comme les policiers ou surveillants pénitentiaires [26,51]. La précipitation dans le vide est une autre méthode de suicide utilisée. Restreindre l'accès d'un lieu élevé (dit « hot-spot », comme les ponts, les falaises) est efficace pour diminuer les suicides : une estimation de réduction de 86 % (IC 95 % [79 ; 91]) du nombre de décès par suicide par précipitation entre 2005 et 2014 a été attribuée à la mise en place de barrières devant des hot-spots [26]. Des stratégies visant à restreindre l'accès aux moyens létaux peuvent être mises en place par le biais de lois et de réglementations à l'échelle nationale, tout en s'adaptant aux disparités locales. En France, par exemple, il est recommandé aux ARS d'établir à leur échelle, avec l'aide de la préfecture, une cartographie des « hot-spots » suicidaires pour permettre la mise en place d'actions de prévention sur les lieux concernés (Instruction n° DGS/SP4/2019/190).

3.5. Se former au repérage, à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire

L'évaluation que nous avons détaillée dans la première partie doit être diffusée. La formation d'un réseau de repérage, d'évaluation et d'intervention est recommandée dans le dernier rapport de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 2014, et est une action de prévention du suicide mise en œuvre en France (Instruction n° DGS/SP4/2019/190). Elle a pour objectif de structurer le repérage des personnes à risque (personnes en souffrance, personnes isolées), et leur accompagnement vers le soin, grâce à un réseau de personnes-relais, en lien avec les professionnels qui réalisent la prise en charge et organisent le lien avec eux. Le lien entre la formation de sentinelles ou de professionnels de santé et la réduction du suicide n'a pas été clairement établi, mais des programmes de formation en médecine, en nombre insuffisant, ont montré leur efficacité [26,52]. Des interventions brèves ont également montré leur efficacité pour réduire la survenue ultérieure d'actes suicidaires et améliorer l'engagement dans les soins, et se sont enfin développées [53]. Il s'agit de la coordination des soins entre l'équipe recevant la crise suicidaire et celle assurant le suivi (rendez-vous en consultation, équipe mobile, etc.).

3.6. Utiliser de façon appropriée la couverture médiatique des suicides

Enfin, les médias jouent un rôle important dans la prévention du suicide, soit en la renforçant, soit en l'affaiblissant. En effet, la couverture médiatique d'un suicide peut inciter certaines personnes déjà vulnérables à passer à l'acte par imitation. Cet effet de contagion suicidaire, connu sous le nom d'effet Werther, a été évalué par plus de 100 études, et démontré par plusieurs revues de la littérature ou méta-analyse [54,55]. L'effet Werther serait d'autant plus

grand que la couverture est vaste, que le sujet occupe le devant de la scène médiatique, qu'il comporte une description détaillée de la manière dont la personne s'est suicidée, que la personne qui s'est suicidée est célèbre.

Passer sous silence les suicides entretient la honte, la culpabilité et la stigmatisation des suicidants, et empêche toute possibilité de prévention. C'est pourquoi, il est admis qu'une communication contrôlée est nécessaire. En effet, le traitement médiatique du suicide, lorsqu'il est responsable et conforme à certaines directives, n'entraînerait pas de phénomène de contagion, mais aurait un fort potentiel de prévention. Cet effet protecteur, nommé effet Papageno, a été démontré par plusieurs essais cliniques contrôlés et randomisés. Parmi les interventions évaluées, la lecture d'un article à visée éducative, comportant le témoignage d'une personne rapportant son expérience de tentative de suicide, ou encore la consultation d'un site web éducatif sur la prévention du suicide, se sont avérés efficaces, en particulier chez les personnes fragilisées [56,57].

Pour favoriser l'effet Papageno aux dépens de l'effet Werther, la collaboration entre les acteurs de la prévention du suicide et les médias est essentielle. L'OMS a mis en place des préconisations à l'attention des médias, dont les principales sont d'éviter de décrire en détail ou de dramatiser ou glorifier les suicides, d'employer un langage responsable, d'éduquer le public sur le suicide et les traitements disponibles, et d'indiquer où demander de l'aide [58]. En France, le Programme Papageno a été créé fin 2014 avec le même objectif [59]. Les recommandations pour les professionnels de santé au contact des médias vont dans le même sens que celles formulées par l'OMS à l'attention des médias. Ce programme propose des ateliers de formation à destination de l'ensemble des acteurs de la prévention du suicide, dont les professionnels de santé qui y ont un rôle central (Tableau 1).

4. Conclusion

Le suicide est aujourd'hui considéré comme en partie évitable, parce que des interventions, un traitement et un soutien, basés sur des données factuelles, peuvent contribuer à le prévenir efficacement. C'est un phénomène complexe qui résulte de l'interaction de divers facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux. C'est pourquoi, pour optimiser leur efficacité, les efforts de prévention doivent passer par une stratégie multimodale, c'est-à-dire une stratégie qui implique une combinaison des plusieurs stratégies de prévention et d'actions sur différents facteurs de risque. Ces stratégies multimodales ont des effets synergiques et cumulés. Dans une méta-analyse récente visant à évaluer différentes stratégies d'intervention, l'efficacité des approches multimodales apparaît supérieure à celle des autres programmes [60]. Elles passeront par l'implication de nombreux acteurs. Inutile de rappeler que la place des cliniciens de toutes les spécialités y est essentielle.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] World Health Organization. WHO Suicide Data; 2020 [Available from: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/].
- [2] Thomas P. Éditorial. Prévention du suicide : l'évaluation est indispensable. *Bull Epidemiol Hebd* 2019;3-4:36–7.
- [3] Chan Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations et recours aux urgences pour tentative de suicide en France métropolitaine à partir du PMSI-MCO 2004-2011 et d'Oscour® 2007–2011. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014. p. 51.
- [4] Vinet M, Le Jeannic A, Lefèvre T, Quelen C, Chevreur K. Le fardeau économique du suicide et des tentatives de suicide en France. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62:39.

- [5] Léon C, Chan-Chee C, du Roscoët E. Baromètre de Santé publique France 2017 : tentatives de suicide et pensées suicidaires chez les 18–75 ans en France. *Bull Epidemiol Hebd* 2019;3-4:38–47.
- [6] Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Genève: Organisation mondiale de la santé; 2014.
- [7] Saini P, Windfuhr K, Pearson A, Da Cruz D, Miles C, Cordingley L, et al. Suicide prevention in primary care: general practitioners' views on service availability. *BMC Res Notes* 2010;3:246.
- [8] Haute Autorité de santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge; 2000 [Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge].
- [9] Haute Autorité de santé. Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge; 2021 [Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864/fr/idees-et-conduites-suicidaires-chez-l-enfant-et-l-adolescent-prevention-reperage-evaluation-et-prise-en-charge].
- [10] Courtet P. Suicides et tentatives de suicide. Paris: Médecine Sciences Flammarion, Éditions Lavoisier; 2012.
- [11] Zahl DL, Hawton K. Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients. *Br J Psychiatry* 2004;185:70–5.
- [12] Parra Uribe I, Blasco-Fontecilla H, García-Parés G, Giró Batalla M, Llorens Capdevila M, Cebrià Meca A, et al. Attempted and completed suicide: not what we expected? *J Affect Disord* 2013;150:840–6.
- [13] Younes N, Melchior M, Turbelin C, Blanchon T, Hanslik T, Chee CC. Attempted and completed suicide in primary care: not what we expected? *J Affect Disord* 2015;170:150–4.
- [14] Brent DA, Oquendo M, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Familial pathways to early-onset suicide attempt: risk for suicidal behavior in offspring of mood-disordered suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:801–7.
- [15] Arsenault-Lapierre G, Kim C, Turecki G. Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004;4:37.
- [16] Druss B, Pincus H. Suicidal ideation and suicide attempts in general medical illnesses. *Arch Intern Med* 2000;160:1522–6.
- [17] Singhal A, Ross J, Seminog O, Hawton K, Goldacre MJ. Risk of self-harm and suicide in people with specific psychiatric and physical disorders: comparisons between disorders using English national record linkage. *J R Soc Med* 2014;107:194–204.
- [18] Calandre EP, Rico-Villademoros F, Slim M. Suicidal behaviors in patients with rheumatic diseases: a narrative review. *Rheumatol Int* 2018;38:537–48.
- [19] Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redman M, Yueh B. Incidence of suicide in persons with cancer. *J Clin Oncol* 2008;26:4731–8.
- [20] Juurlink DN, Herrmann N, Szalai JP, Kopp A, Redelmeier DA. Medical illness and the risk of suicide in the elderly. *Arch Intern Med* 2004;164:1179–84.
- [21] Fernando SM, Qureshi D, Sood MM, Pugliese M, Talarico R, Myran DT, et al. Suicide and self-harm in adult survivors of critical illness: population based cohort study. *BMJ* 2021;373:n973.
- [22] Karasouli E, Latchford G, Owens D. The impact of chronic illness in suicidality: a qualitative exploration. *Health Psychol Behav Med* 2014;2:899–908.
- [23] Crawford MJ, Thana L, Methuen C, Ghosh P, Stanley SV, Ross J, et al. Impact of screening for risk of suicide: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2011;198:379–84.
- [24] Large MM. The role of prediction in suicide prevention. *Dialogues Clin Neurosci* 2018;20:197–205.
- [25] Wasserman D, Hoven CW, Wasserman C, Wall M, Eisenberg R, Hadlaczky G, et al. School-based suicide prevention programmes: the SEYLE cluster-randomised, controlled trial. *Lancet* 2015;385:1536–44.
- [26] Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, et al. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry* 2016;3:646–59.
- [27] Duarte D, El-Hagrassy MM, Couto TC, Gurgel W, Fregni F, Correa H. Male and female physician suicidality: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020;77:587–97.
- [28] Petrie K, Crawford J, Baker STE, Dean K, Robinson J, Veness BG, et al. Interventions to reduce symptoms of common mental disorders and suicidal ideation in physicians: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2019;6:225–34.
- [29] Witt K, Spittal MJ, Carter G, Pirkis J, Hetrick S, Currier D, et al. Effectiveness of online and mobile telephone applications ('apps') for the self-management of suicidal ideation and self-harm: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2017;17:297.
- [30] Gullestrup J, Lequertier B, Martin G. MATES in construction: impact of a multi-modal, community-based program for suicide prevention in the construction industry. *Int J Environ Res Public Health* 2011;8:4180–96.
- [31] Haut Conseil de la santé publique. Évaluation du programme national d'actions contre le suicide 2011–2014; 2016 [Available from: https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspr20160303_evaluationplansuicide20112014.pdf].
- [32] Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland. An intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *J Affect Disord* 1995;35:147–52.
- [33] Kessing LV, Søndergård L, Kvist K, Andersen PK. Suicide risk in patients treated with lithium. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:860–6.
- [34] Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds 3rd CF, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:1081–91.
- [35] Cipriani A, Hawton K, Stockton S, Geddes JR. Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *Br Med J* 2013;346:f3646.
- [36] Leucht S, Tardy M, Komossa K, Heres S, Kissling W, Salanti G, et al. Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012;379:2063–71.
- [37] Cato V, Holländare F, Nordenskjöld A, Sellin T. Association between benzodiazepines and suicide risk: a matched case-control study. *BMC Psychiatry* 2019;19:317.
- [38] Debien C. Le souci de l'Autre pour la prévention du suicide. *La santé en action* 2019;450:16–8.
- [39] Motto JA, Bostrom AG. A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv* 2001;52:828–33.
- [40] Carter GL, Clover K, Whyte IM, Dawson AH, D'Este C. Postcards from the EDge project: randomised controlled trial of an intervention using postcards to reduce repetition of hospital treated deliberate self poisoning. *BMJ Clin Res* 2005;33:805.
- [41] Berrouguet S, Alavi Z, Vaiva G, Courtet P, Baca-García E, Vidailhet P, et al. SIAM (Suicide intervention assisted by messages): the development of a post-acute crisis text messaging outreach for suicide prevention. *BMC Psychiatry* 2014;14:294.
- [42] Messiah A, Notredame C-E, Demarty A-L, Duhem S, Vaiva G, Algo Si. Combining green cards, telephone calls and postcards into an intervention algorithm to reduce suicide reattempt (AlgoS): P-hoc analyses of an inconclusive randomised controlled trial. *PLoS One* 2019;14 [e0210778-e].
- [43] Jardon V, Debien C, Duhem S, Morgiève M, Ducrocq F, Vaiva G. Un exemple de système de veille post-hospitalière des suicidants : Vigilans. *Encephale* 2019;45(Suppl. 1) [S13–s21].
- [44] Shaw FF, Chiang WH. An evaluation of suicide prevention hotline results in Taiwan: caller profiles and the effect on emotional distress and suicide risk. *J Affect Disord* 2019;244:16–20.
- [45] Observatoire national du suicide, 4^e rapport. Suicide : quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information; 2020.
- [46] Chan-Chee C, Thomas F, Chareyre L, Mathiot A, Wathier L, Dupas P. Focus. Activité des associations de prévention et aide à distance en santé dans le domaine de la prévention du suicide. *Bull Epidemiol Hebd* 2019;3-4:83–6.
- [47] Yip PSF, Caine E, Yousuf S, Chang S-S, Wu KC-C, Chen Y-Y. Means restriction for suicide prevention. *Lancet* 2012;379:2393–9.
- [48] Fazel S, Runeson B. Suicide. *N Engl J Med* 2020;382:266–74.
- [49] WHO. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial; 2014.
- [50] Hawton K, Bergen H, Simkin S, Dodd S, Pocock P, Bernal W, et al. Long term effect of reduced pack sizes of paracetamol on poisoning deaths and liver transplant activity in England and Wales: interrupted time series analyses. *BMJ* 2013;346:f403.
- [51] Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 2005;294:2064–74.
- [52] Doweike AR, Bridges AJ. Suicide interventions in primary care: a selective review of the evidence. *Fam Syst Health* 2018;36:289–302.
- [53] Doupnik SK, Rudd B, Schmutte T, Worsley D, Bowden CF, McCarthy E, et al. Association of suicide prevention interventions with subsequent suicide attempts, linkage to follow-up care, and depression symptoms for acute care settings: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020;77:1021–30.
- [54] Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M, et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2020;368:m575.
- [55] Niederkrotenthaler T, Fu KW, Yip PS, Fong DY, Stack S, Cheng Q, et al. Changes in suicide rates following media reports on celebrity suicide: a meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 2012;66:1037–42.
- [56] Niederkrotenthaler T, Till B. Effects of suicide awareness materials on individuals with recent suicidal ideation or attempt: online randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2020;217:693–700.
- [57] Till B, Arendt F, Scherr S, Niederkrotenthaler T. Effect of educative suicide prevention news articles featuring experts with vs without personal experience of suicidal ideation: a randomized controlled trial of the Papageno effect. *J Clin Psychiatry* 2018;80:17m11975.
- [58] WHO. Preventing suicide: a resource for media professionals, update 2017; 2017.
- [59] Grandgenèvre P, Pauwels N, Notredame C. Suicide, comment en parler ? Le programme Papageno. *La santé en action* 2019;450:25–8.
- [60] Hofstra E, van Nieuwenhuizen C, Bakker M, Özgül D, Elfeddali I, de Jong SJ, et al. Effectiveness of suicide prevention interventions: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2020;63:127–40.