

**Les interventions de type planification de securite pour prevention du suicide : meta-analyse.**

**CONTEXTE :**

Le comportement suicidaire est un problème de santé publique important dans le monde entier. On estime que 16 millions de tentatives de suicide et 800 000 suicides ont lieu chaque année. Pour chaque personne qui meurt par suicide, plus de 20 autres font une tentative non mortelle, et beaucoup d'autres pensent sérieusement à mettre fin à leur vie. Les idées et les comportements suicidaires (y compris les tentatives de suicide mortelles et non mortelles) représentent donc une charge de morbidité considérable. Cela souligne l'importance de la prévention du suicide.

Un groupe d'interventions brèves est constitué d'interventions de type planification de la sécurité (SPTI). La technique utilisée dans les SPTI s'appelle la planification de la sécurité et est dérivée de la thérapie cognitive et de la thérapie cognitivo-comportementale pour la prévention du suicide. L'objectif de la planification de la sécurité est de réduire le risque imminent du comportement suicidaire, en élaborant un ensemble prédéterminé de stratégies d'adaptation et de sources de soutien dans un plan.

Les interventions de type planification de la sécurité (SPTI) pour les patients présentant un risque de suicide sont souvent utilisées dans la pratique clinique, mais il n'est pas clair si ces interventions sont efficaces.

Cet article rapporte une méta-analyse des études qui ont évalué l'efficacité des SPTI dans la réduction du comportement et des idées suicidaires. Le but de cette étude était alors de mener une méta-analyse pour évaluer si les SPTI pour la prévention du suicide sont liés à des réductions, premièrement, du comportement suicidaire (tentatives de suicide fatales et non fatales), et deuxièmement, des idées suicidaires.

**METHODE :**

Une recherche documentaire systématique a été élaborée et réalisée en collaboration avec un bibliothécaire dans les bases de données suivantes depuis leur création jusqu'au 9 décembre 2019 : Medline (PubMed.com), EMBASE (embase.com), PsycINFO (EBSCO), Web of Science (Clarivate) et Scopus (Elsevier).

Le résultat "comportement suicidaire" (tentatives de suicide, suicides mortels ou les deux combinés) a été défini comme le nombre de participants ayant adopté un comportement suicidaire tel que défini par les auteurs originaux des études incluses. Par conséquent, les tentatives de suicide ont été soit identifiées à partir des dossiers médicaux, soit identifiées à partir des notes cliniques (enregistrées par un clinicien ou un gardien), soit rapportées par les patients (via des questionnaires ou lors d'entretiens). Les idées suicidaires ont été rapportées par les patients et évaluées sur la base de questionnaires ou d'entretiens cliniques.

Les participants à l'étude n'étaient soumis à aucune restriction en termes d'âge ou de troubles, à condition qu'ils présentent un risque de suicide (sur la base d'idées suicidaires actuelles ou d'une tentative de suicide récente). Les études ont été exclues si elles n'étaient pas rédigées en anglais ou si elles n'étaient pas évaluées par des pairs.

Les critères d'inclusion suivants ont été appliqués : (a) une brève intervention autonome basée sur la planification de la sécurité pour la prévention du suicide a été réalisée ; (b) le plan de sécurité contenait, au minimum, des stratégies d'adaptation personnalisées et des sources de soutien ; (c) le plan de sécurité était l'élément principal de l'intervention ; (d) une condition de contrôle a été appliquée (y compris le traitement habituel (TAU) ou un autre traitement) et (e) l'étude a rapporté au moins un des résultats du comportement suicidaire, des tentatives de suicide, des suicides ou des idées suicidaires.

Les effets étaient basés sur le risque relatif et son intervalle de confiance à 95 %, calculé comme le rapport entre la probabilité d'un comportement suicidaire dans la condition d'intervention et sa probabilité dans la condition de contrôle. Un risque relatif inférieur à 1 indiquerait que les personnes recevant un SPTI avaient des risques plus faibles de comportement suicidaire que les témoins, tandis qu'un risque relatif supérieur à 1 indiquerait un risque plus élevé et un risque relatif de 1 indiquerait un risque similaire pour les deux groupes.

**RESULTATS :**

Sur 1816 résumés examinés, 6 études ont été éligibles pour l'analyse. Au total, 3536 participants (n = 2096 dans les conditions d'intervention ; n = 1440 dans les conditions de contrôle) âgés de ≥18 ans (fourchette d'âge moyenne de 26-48 ans) ont été enrôlés dans les études. Plus d'hommes (63,2%) que de femmes ont été inclus, et la moitié des participants (50,2%) avaient fait une tentative de suicide au moins une fois avant le recrutement. Toutes les études n'ont pas fait état de la santé mentale des participants, mais la dépression, les troubles affectifs, et les troubles de l'adaptation ont été mentionnés comme des troubles comorbides prédominants dans d'autres études.

Le comportement suicidaire a été mesuré par le biais d'entretiens de dossiers médicaux et de notes cliniques. Dans certaines études, les participants avaient tous déjà fait une tentative de suicide (n = 3) ou présentaient des idées suicidaires et/ou une tentative de suicide récente (n = 2) tandis que les participants d'une étude ont été signalés comme ayant visité un hôpital pour des préoccupations liées au suicide. Dans deux études, des groupes professionnels (soldats et vétérans militaires) étaient impliqués et les autres études comprenaient des participants de la population générale. Les contextes variaient entre les hôpitaux généraux (n = 2) les hôpitaux militaires (n = 2) et les services de gestion de cas (n = 2). Les participants d'une étude étaient des patients hospitalisés alors que tous les autres étaient des patients externes.

**Résultat primaire à propos du comportement suicidaire :** Sur les 3536 participants inclus, 348 ont eu un comportement suicidaire pendant la période de suivi (n = 150 dans la condition d'intervention ; n = 198 dans la condition de contrôle). L'incidence du comportement suicidaire variait de 0 à 18,3 % dans les conditions d'intervention, et de 5,3 à 26,7 % dans les conditions de contrôle. Le risque relatif de comportement suicidaire pour les participants qui ont reçu un SPTI était de 0,57 par rapport à l'UAT (IC 95 % 0,41- 0,80, P = 0,001 ; I2 = 32,51 %, IC 95 % 0-71 % ; NNT = 16), ce qui indique que le risque de comportement suicidaire a été significativement réduit de 43 % dans la condition d'intervention.

**Résultat secondaire à propos des idées suicidaires :** La taille d'effet moyenne des trois études examinant les effets des SPTI sur l'idéation suicidaire (N combiné = 283) était non significative (g = 0,69, IC à 95 % -0,04 à 1,42, P = 0,06 ; I2 = 87,60 %).

**DISCUSSION :**

Cette méta-analyse a montré que les SPTI pour la prévention du suicide étaient associés à des réductions du comportement suicidaire, mais aucun effet n'a été identifié sur les idées suicidaires.

Au total, six études ont été incluses dans l'analyse. Les SPTI ont été associés à un risque d'engagement dans un comportement suicidaire qui était 0,57 fois le risque des patients sans une telle intervention. Cela signifie que le risque de comportement suicidaire était réduit de 43 % (NNT = 16) pour les patients qui utilisaient un SPTI. Les résultats des analyses de sensibilité ont confirmé un effet robuste. L'effet observé est conforme à l'hypothèse selon laquelle les plans de sécurité réduisent le risque imminent d'engagement dans un comportement suicidaire en présentant des stratégies d'adaptation alternatives et des sources de soutien. Le résultat semble également conforme aux croyances des cliniciens quant à l'efficacité des plans de sécurité.

Cependant, d'autres interventions peuvent être nécessaires pour réduire les idées suicidaires. L'absence d'effet des SPTI sur l'idéation suicidaire pourrait s'expliquer par le fait que l'idéation suicidaire n'était pas directement visée par ce type d'intervention. Une telle supposition est soutenue par une revue systématique récente de McCabe et al sur les interventions psychologiques brèves pour la prévention du suicide, qui suggère que de telles interventions peuvent modifier les comportements des individus à risque de suicide, mais que leur niveau de détresse cognitive reste inchangé. Une autre explication de l'absence d'effet sur les idées suicidaires peut résider dans le fait que les pensées suicidaires sont connues par des fluctuations dans le temps; par conséquent, les effets initiaux possibles peuvent s'être atténués à la fin du suivi. Les interventions psychothérapeutiques connues pour leur efficacité à réduire les idées suicidaires comprennent la thérapie cognitivo-comportementale et la thérapie comportementale dialectique.

**Points forts et limites :** Cet article est le premier à rapporter une méta-analyse sur les SPTI pour la prévention du suicide. Cette méta-analyse avait une puissance adéquate et était soutenue par des analyses de sensibilité. Néanmoins, les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de plusieurs limites. Premièrement, le domaine des SPTI est relativement nouveau et seules quelques études contrôlées ont pu être incluses dans les analyses. Deuxièmement, les études incluses n'étaient pas toutes randomisées, ce qui implique une comparabilité limitée. Troisièmement, les résultats ne peuvent pas être généralisés aux adolescents et aux enfants, car seuls les adultes ont été inclus dans les analyses. Quatrièmement, l’étude n’avait pas inclus le terme " automutilation " dans la chaîne de recherche parce que les SPTI connus ont été développés spécifiquement comme outils de prévention du suicide.

**CONCLUSION :**

D'un point de vue clinique, la présente étude a des implications importantes. Les SPTI sont déjà largement mis en œuvre, et ils sont identifiés comme la meilleure pratique pour la prévention du suicide par l'Institut national pour la santé et l'excellence des soins (National Institute for Health and Care Excellence) et le Centre de ressources pour la prévention du suicide (Suicide Prevention Resource Center).

Jusqu'à présent, la mise en œuvre a été largement basée sur les croyances des cliniciens quant à la valeur des interventions, mais cette étude a maintenant démontré leur efficacité à réduire le comportement suicidaire. Cela suggère que la planification de la sécurité devrait continuer à être identifiée comme la meilleure pratique pour la prévention du comportement suicidaire chez les personnes à risque de suicide, et devrait être fortement recommandée dans la pratique clinique et les directives pour la prévention du suicide. Des études contrôlées randomisées de meilleure qualité sur l'efficacité des SPTI seront nécessaires pour reproduire les résultats de la présente méta-analyse. Pour l'instant, les SPTI semblent être une stratégie efficace pour réduire le comportement suicidaire.

Dr. Omar EL OUMARY

Service de psychiatrie

Août 2021