

Prévention du suicide: Rôle et efficacité des services de secours par téléphone

A. Gunn-Sechehaye¹
Hôpital cantonal, Genève

Introduction

Il y a longtemps que nous sommes personnellement convaincu de l'utilité d'un service de secours par téléphone dans la prévention du suicide. Cette utilité nous a été maintes fois rappelée par des malades pour qui l'appel à un tel service avait représenté le début du sauvetage. D'autre part, les contacts que nous avons eus avec des collaborateurs de la Main Tendue, à Genève, nous ont également souvent confirmé cette utilité: parmi les multiples appels de détresse qu'ils reçoivent, certains émanent de patients authentiquement suicidaires, dont la vie ne peut tenir qu'à ce fil. Pour s'en convaincre, il suffit d'écouter un répondant expérimenté évoquer les cas de suicide qu'il a connus parmi les appelants au cours de sa carrière. Certains auteurs d'ailleurs ont tenté d'évaluer la fréquence du suicide parmi les personnes ayant pris contact avec un service de secours par téléphone; ainsi, *Kaphan* et *Litman* [10] dans un article écrit trois ans après la création du Centre de prévention du suicide de Los Angeles en 1958, relèvent que sur les 100 premiers appelants, 2 se sont suicidés. En 1970, *Wilkins* [16] évalue le taux de suicide parmi les appelants d'un centre de prévention à moins de 2 %; sur un total d'environ 1300 appels et au cours d'une période d'observation de 18 mois, il trouve 8 suicides, 4 morts taxées d'équivoques et 5 décès causés par l'ingestion massive d'alcool, associé ou non à des médicaments, décès considérés par cet auteur comme des suicides. Enfin, en 1970, dans une autre étude de type «follow up», *Wold* et *Litman* [17] retrouvent le chiffre de 2 % de suicides dans une population d'appelants, cela en prenant au hasard un échantillon de 417 patients parmi les 8400 ayant appelé le Centre de Los Angeles 2 ans auparavant, soit en 1968: sur ces 417 patients, 16 sont décédés, dont 9 par suicide.

Mais plus que le nombre des suicides parmi les appelants d'un service de secours par téléphone (SST), c'est le nombre des vies sauvées par lui qui nous intéresse. En fait, il y a des années que le problème de l'efficacité d'un SST dans la prévention du suicide nous préoccupe et que nous nous demandons comment évaluer cette efficacité. Avant de rechercher les références biblio-

Un exemple d'école, d'étude: la prévention primaire, l'appréciation contrôlée de l'efficacité des services de secours par téléphone.

graphiques consacrées à ce sujet, nous n'ignorons pas que la réponse serait difficile ou peut-être impossible à trouver: si même le taux du suicide à Genève tendait à diminuer depuis la création de la Main Tendue en 1959, comment apprécier le rôle de ce facteur parmi d'autres? Nous savons d'ailleurs que le nombre annuel des suicides dans le canton de Genève n'a pas été en diminuant au cours des vingt années écoulées, bien au contraire, comme en témoignent les chiffres suivants.

Nombre des suicides à Genève

(chiffres correspondant aux personnes examinées à l'Institut de Médecine légale)

1962: 43	1971: 51
1963: 39	1972: 70
1964: 51	1973: 56
1965: 61	1974: 64
1966: 47	1975: 88
1967: 33	1976: 73
1968: 47	1977: 84
1969: 50	1978: 68
1970: 64	(jusqu'au 30 septembre)
	chiffre permettant d'évaluer le
	nombre total pour l'année 1978 à
	près de 90

Il est possible que ces chiffres ne rendent pas compte de la totalité des suicides à Genève, un nombre probablement très faible de décès par suicide n'étant pas déclaré comme tels ou n'entraînant pas de vérification médico-légale.

Des quatre études contrôlées que nous avons lues, une seule, celle de *Bagley* [2], parle en faveur de l'efficacité des SST dans la prévention du suicide. La dernière, parue en 1978, arrive à des conclusions opposées: selon *Jennings* et coll. [9], la baisse du taux de suicide observée en Grande-Bretagne depuis 1963 n'est pas influencée par l'existence des Samaritains.

Historique et principes généraux des SST

L'histoire des services de secours par téléphone a commencé il y a 25 ans, puisque c'est en 1953 que le Révérend Chad Varah a créé les Samaritains à Londres. Organisation indépendante et nationale, elle a

Nous remercions vivement les collaborateurs de la Main Tendue à Genève pour leur participation à ce travail.

¹ Médecin, Unité de psychiatrie et de psychologie médicale, Hôpital cantonal (Centre psycho-social universitaire: directeur, prof. A. Haynal; Département de psychiatrie: directeur, prof. G. Garone), CG-1211 Genève 4.

pour but d'apporter une aide confidentielle aux suicidaires et aux désespérés. Comme le résumait *Barraclough* et *Shea* [4], la caractéristique essentielle de ce service est la constitution d'une sorte particulière d'amitié entre le «client» et le «conseiller» Samaritain, processus appelé «befriending». «Grâce à cette méthode du befriending, on espère résoudre certains problèmes du client en lui assurant un soutien bienveillant et en développant le genre de modifications personnelles qui ont lieu en psychothérapie ou par l'intermédiaire d'une aide concrète, en recréant des liens sociaux.» Une publicité au niveau local et national cherche à amener les personnes en détresse à prendre contact avec le centre de Samaritains le plus proche, en téléphonant ou en venant sur place. Les conseillers Samaritains sont des volontaires triés sur le volet et entraînés à assumer l'approche définie plus haut; ils sont également formés à reconnaître les cas d'affections psychiatriques et à les orienter vers un traitement spécialisé. L'organisation des Samaritains n'a cessé de croître depuis 25 ans, puisque dans un article récent, *Jennings* et coll. mentionnent qu'elle totalisait 165 centres en Grande-Bretagne et en Irlande, en 1975, et qu'elle reçoit 1 million d'appels téléphoniques par année. L'exemple des Samaritains a été suivi dans de nombreux pays, avec la création de services de secours par téléphone poursuivant le même but – l'aide aux personnes en détresse – quoique différents des Samaritains de par la structuration du service, la conception, le fonctionnement. C'est ainsi que des centres spécifiquement axés sur la prévention du suicide se sont créés aux Etats-Unis sur le modèle de celui de Los Angeles (1958), l'écoute téléphonique 24 heures sur 24 complétant l'activité d'un service de consultation ambulatoire. Selon *Lester*, il y en avait plus de 200 en action aux Etats-Unis en 1974. Il est vrai que l'on s'est préoccupé de prévention du suicide bien avant la création des Samaritains, en Europe et aux Etats-Unis. Dans leur livre *The Cry for help*, *Farberow* et *Shneidman* [6] citent plusieurs pionniers, tels que les «Lemberger Freiwilligen Rettungsgesellschaft», organisation volontaire qui a débuté en Allemagne en 1893, le département antisuicide de l'Armée du Salut, installé dès 1906 à Londres, la «National save-a-life league», créée également en 1906 à New York, ainsi que diverses agences ayant existé à Vienne au début de ce siècle.

Ce rappel historique ne serait pas complet s'il ne mentionnait pas, parmi les premiers services de prévention, le «Lebensmüdenfürsorgestelle» organisé par *Ringel* à Vienne en 1948, service ambulatoire qui n'est pas axé sur l'écoute téléphonique.

Le développement dans de nombreux pays et la diffusion dans le monde des services de secours par téléphone sont confirmés par la création d'une fédération internationale en 1967 (International federation for services of emergency telephonic help, IFOTES) et par l'organisation de 7 congrès internationaux entre 1960 et 1976.

La Main Tendue

Un bref exposé sur l'activité de la Main Tendue à Genève nous permettra de mieux préciser le mode de fonctionnement d'un service de secours par téléphone. La Main Tendue a été créée en décembre 1959, il y aura donc bientôt 20 ans, par le pasteur Raynald Martin. Bien que consacré essentiellement à l'aide par l'écoute téléphonique, le service, en ses débuts, a également assumé des interventions à domicile et des entretiens en face à face dans ses locaux, cela dans des cas considérés comme inquiétants. Par la suite, si le nombre des appels téléphoniques a doublé, passant de 5000 environ en 1960 à près de 10 000 (9666) en 1977, celui des interventions à l'extérieur et des consultations sur place a peu à peu diminué; ainsi, en 1977 le nombre des entretiens en face à face n'a pas dépassé la cinquantaine. Actuellement, la Main Tendue dispose de 30 collaborateurs, «répondants», dont 5 sont salariés et 25 sont bénévoles; une équipe de 10 personnes assure les interventions à domicile, dans des situations d'urgence, ces interventions étant toujours effectuées par un couple de collaborateurs, un homme et une femme. En 1977, la Main Tendue a répondu à 9666 appels téléphoniques, 77,3 % de ces appels émanant de femmes; sur ce nombre total d'appels, 1771 provenaient de nouveaux appelants, deux tiers de femmes et un tiers d'hommes: ces chiffres montrent donc qu'il y a deux fois plus de femmes que d'hommes parmi les appelants et que les premières téléphonent plus souvent que les seconds. La répartition de ces 1771 nouveaux appelants par classes d'âge montrait une nette prédominance des jeunes adultes, 52 % des appelants ayant entre 20 et 40 ans; 11 % avaient moins de 20 ans, 29 % entre 40 et 60 ans; enfin, 8 % correspondaient aux personnes de plus de 60 ans.

En 1977 toujours, décembre a été le mois le plus chargé (1146 appels) et mai le mois le moins chargé (679 appels); en ce qui concerne la référence aux idées de suicide au cours de l'entretien téléphonique, mars a été le mois le plus «riche» (56 appels) et juillet et novembre ont été les mois les plus «pauvres» en «contenu suicidaire» (20 appels chacun). Les collaborateurs de la Main Tendue ne croient pas à des pointes caractéristiques et immuables quant aux mois de l'année, aux jours de la semaine et aux heures de la journée; cependant, ils reçoivent un nombre accru d'appels au moment des fêtes de fin d'année; la nuit la plus «lourde» semble être celle de vendredi à samedi. On se doute qu'un service de secours par téléphone ne reçoit pas que des appels à «contenu suicidaire»; ils constituent au contraire une très faible partie du total: à Genève, la Main Tendue évalue ce type d'appel à moins de 4 % (en 1977, 372 appels sur le total de 9666 évoquaient le désir ou la peur de se suicider, soit 3,85 %). Grosso modo, 20 % des appels font référence à la solitude, 20 % à des problèmes psychologiques et notamment à la dépression, 20 % à des problèmes relationnels, particulièrement au niveau du couple; le reste des appels concerne des demandes de

renseignements, des problèmes de santé, d'alcoolisme ou de toxicomanie, ou des questions non classées. A titre de comparaison, SOS-Amitié-France (tel est le nom des services de secours par téléphone en France) estime que 3,5 % des appels ont trait au suicide, alors que *Litman* [12, 13], pendant la première année d'activité de son centre, croyait à une potentialité suicidaire élevée chez près d'un cinquième des appelants.

Suivant l'exemple des Samaritains, qui garantissent une aide confidentielle à leurs appelants, les collaborateurs de la Main Tendue respectent l'incognito des leurs, ne cherchant à obtenir identité et coordonnées qu'en cas d'urgence et d'intervention nécessaire. En gros, un tiers des appelants se nomment, deux tiers correspondant aux «no-name callers» des auteurs américains. Quant aux répondants de la Main Tendue, ils restent anonymes et se présentent sous un prénom d'emprunt. Le fait de pouvoir cacher son identité et de se savoir à l'abri de toute contrainte explique pour une bonne part que tant de gens s'adressent à un service de secours par téléphone.

Il paraît permis de parler d'une gradation dans les réponses de la Main Tendue, en fonction de l'évaluation du risque suicidaire chez l'appelant; selon qu'il croit à un danger de suicide plus ou moins grand, le collaborateur de la Main Tendue aura le choix entre plusieurs réponses possibles: proposer à son interlocuteur de rappeler; l'engager à consulter un médecin praticien, un psychiatre ou un service psychiatrique ambulatoire; l'inciter à se rendre au service d'admissions de l'Hôpital cantonal de Genève; à de rares occasions, le répondant rappelle lui-même l'appelant, l'invite à venir parler, l'accompagne chez un médecin ou à l'hôpital, annonce une intervention à domicile ou suscite celle d'un service médical d'urgence. En bref, chaque fois qu'il est sérieusement question de suicide dans la bouche d'un appelant, à moins que celui-ci ne soit déjà suivi sur le plan psychiatrique, la Main Tendue tente de l'orienter vers une aide spécialisée. Les répondants acceptent par ailleurs de téléphoner eux-mêmes à une personne annoncée comme suicidaire par un tiers, mais à condition que ce dernier ait décliné son identité et précisé les raisons de son appel.

A Genève, la Main Tendue n'a effectué aucune recherche catamnestique systématique pour découvrir les cas de suicide parmi ses appelants. L'un de ses plus anciens collaborateurs a cependant retrouvé 18 suicides entre le 1er janvier 1971 et le 30 septembre 1978, chiffre qui lui semble a priori inférieur à la réalité. Dans un seul cas, le suicide est équivoque; dans tous les autres, l'information a été précise. Bien que la cause exacte de la mort n'ait pas été confirmée par une instance officielle et que la notion de suicide ait été transmise en effet à la Main Tendue par des tiers, il paraît difficile de la mettre en doute. Sur ces 18 patients, 15 étaient des femmes, la proportion de 5 femmes pour un homme étant surprenante, compte tenu du rapport femmes/hommes des appelants et de la prédominance constante des hommes dans toutes les statistiques de suicides. L'âge moyen de 14 femmes

(l'âge de la 15e n'étant pas connu) est de 45 ans, celui des 3 hommes est de 51 ans. Fait intéressant, 16 patients sur 18 ont déclaré avoir été en traitement psychiatrique ou l'être encore à l'époque de leurs contacts avec la Main Tendue. Tous se sont nommés une fois ou l'autre. Enfin, 13 des 18 patients étaient des appelants plus ou moins réguliers; 5 n'ont appelé qu'une seule fois, comme par exemple une jeune femme de 20 ans qui se défenestre au cours de l'entretien après avoir dit «attendez un petit instant». Nous concluons ce survol de l'activité de la Main Tendue en mentionnant qu'elle observe une position de neutralité sur le plan religieux.

Aide téléphonique d'urgence

Il nous paraît intéressant d'ajouter ici quelques données sur la technique d'entretien au téléphone, données que nous avons trouvées particulièrement bien exposées dans les publications de *Litman*. L'action psychothérapique d'urgence au téléphone ne concerne d'ailleurs pas uniquement les répondants d'un service de secours par téléphone, mais aussi les médecins dans leurs relations avec des patients supposés ou connus comme suicidaires. Il est clair que la conversation téléphonique impose des limites à une relation entre appelant et répondant, étant donné que ceux-ci ne se voient pas et qu'ils ne disposent pas de tout ce qu'apporte la communication infraverbale. Il est aussi évident que cette relation est fragile, l'appelant pouvant la rompre d'un instant à l'autre.

Pour *Litman*, en prenant un appel, le répondant remplit 3 fonctions, d'abord successivement, puis simultanément: il cherche à garder le contact téléphonique, il évalue l'état psychologique du patient et particulièrement le degré de danger qu'il représente pour lui-même; enfin, il échafaude un plan de traitement et commence à l'exécuter.

Dans le but de maintenir et de raffermir le contact téléphonique, le répondant doit s'efforcer de trouver un sujet commun sur lequel le patient et lui s'accordent. Habituellement, écrit *Litman*, le point de départ est que le patient a des problèmes et qu'il cherche désespérément de l'aide. Le répondant use fréquemment de ce mot, «aide», dans différents contextes, et exprime de l'espoir chaque fois qu'il en a la possibilité, surtout s'il peut obtenir un certain accord de la part du patient. Chaque fois que l'appelant et le répondant se rendent compte qu'ils ont quelque chose de plus en commun, leur relation est renforcée. Tout en manifestant de l'intérêt pour l'appelant et en donnant une réponse adéquate aux sentiments qu'il exprime, le répondant est à l'affût des réactions émotionnelles de son interlocuteur afin de pouvoir montrer sa compréhension. Il s'efforce d'obtenir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du patient, en invoquant le fait que la communication peut être coupée et que l'on tient à la poursuivre. De nombreux appelants ayant honte de demander de l'aide, surtout la nuit, le répondant peut les rassurer en soulignant que les appels sont attendus et bienvenus. De même, le répondant

peut augmenter la confiance de son interlocuteur en lui montrant qu'il a déjà parlé à des gens dans la même situation, en donnant des réponses franches et précises à ses questions.

En ce qui concerne l'évaluation du danger potentiel de suicide au cours de l'entretien téléphonique, *Litman* demande à ses collaborateurs de remplir un inventaire centré sur la «léthalité» de l'appelant. Cet inventaire nous intéresse particulièrement, car il nous paraît utile, non seulement lors d'une consultation téléphonique mais en face à face et chaque fois que l'on cherche à évaluer le danger potentiel de suicide d'un patient. L'inventaire de *Litman* contient 10 points, soit des renseignements anamnestiques de 1 à 6, et une évaluation de 7 à 10:

1. Age et sexe.
2. Mode d'installation du comportement autodes-structeur: situation chronique ou répétitive, ou encore changement récent de comportement, tentatives ou menaces de suicide, antérieurement.
3. Méthode d'une possible auto-agression: sa disponibilité, sa léthalité.
4. Perte récente d'une personne chère: décès, séparation, divorce.
5. Symptômes d'une affection somatique: maladie ou intervention chirurgicale récente.
6. Ressources: entourage familial ou amical, situation économique.
7. Qualité de la communication avec le patient.
8. Nature des sentiments exprimés.
9. Réaction intuitive du répondant.
10. Type de personnalité du patient, et impression diagnostique.

Nous résumerons encore ce que *Litman* dit du plan et des tactiques thérapeutiques, en raison de leur intérêt pratique. Ces tactiques de soutien psychothérapique visent à renforcer le self-estime et la confiance en soi du patient, à élargir sa vision du monde rétrécie, à reconstituer son sentiment d'identité, à encourager la communication avec toute personne capable de jouer un rôle significatif dans sa vie. Ainsi, obtenir une anamnèse de l'appelant n'a pas seulement pour but de s'informer sur sa solidité et ses ressources psychologiques, mais de l'amener à se rappeler son passé, son présent et son avenir, c'est-à-dire son identité. Par ailleurs, on cherche avec doigté à diriger l'appelant vers une action; par exemple, on l'encourage à téléphoner à plusieurs reprises selon un horaire établi, et on le rappelle s'il omet de le faire. Chaque fois que cela est possible, on tente d'induire une reprise des relations entre le patient et son entourage. Dans environ 10 % des appels, selon *Litman*, il existe une indication éventuelle de transfert en milieu psychiatrique, en raison de la gravité du danger suicidaire. Enfin, dans moins de 5 % des cas, l'appel correspond à une urgence véritable, et même à une situation dramatique, le répondant étant amené à prendre des initiatives immédiates, comme alerter un service médical de garde ou la police: un service de secours par téléphone reçoit parfois des appels de suicidants déjà sous

l'influence des médicaments absorbés, incapables ou refusant de dire où ils se trouvent. Nous avons déjà cité l'exemple de cette jeune femme qui se défenestre, sans avoir raccroché, pendant sa conversation avec un collaborateur de la Main Tendue.

Analyse de quelques appels à «contenu suicidaire»

Dans l'intention d'avoir une idée plus précise de la fréquence et de la substance des appels téléphoniques faisant référence au suicide, nous avons demandé à la Main Tendue de nous en indiquer le nombre et de nous en résumer le contenu par écrit, cela pendant une brève période. Ainsi, entre le 8 février et le 19 juin 1978, la Main Tendue a enregistré 171 appels téléphoniques ayant trait au suicide, soit 35 du 8 au 28 février 1978, 39 en mars, 34 en avril, 40 en mai et 23 du 1er au 19 juin 1978. Sur ces 171 appels, 41 ont fait l'objet d'un rapport écrit établi par différents collaborateurs. La richesse en renseignements anamnestiques, en données significatives pour évaluer le danger suicidaire et en impressions subjectives des répondants est évidemment fonction de divers paramètres, notamment de la durée de l'entretien. Ces 41 appels correspondent à 35 appelants, 26 femmes et 9 hommes, soit une proportion d'environ 3 femmes pour 1 homme; 6 patients, 4 femmes et 2 hommes, ont appelé plus d'une fois au cours de la période incriminée; 10 patients – 7 femmes et 3 hommes – étaient d'ailleurs des appelants plus ou moins réguliers. Sur ces 35 personnes, 14 se sont fait connaître et 21 se sont présentées comme des «no-name callers», le rapport entre les premières et les secondes n'étant pas éloigné des chiffres mentionnés plus haut, soit un tiers et deux tiers; 19 patients sur 35 (15 femmes et 4 hommes) ont précisé leur âge, alors que l'âge approximatif de 11 autres patients (8 femmes et 3 hommes) peut être déduit du contexte; l'âge de 5 patients est inconnu. A titre d'exemple, en ce qui concerne les appelants ayant donné ce renseignement, l'âge moyen des 15 femmes est de 48,6 ans, alors que celui des 4 hommes est de 26,5 ans seulement. L'état civil de 27 appelants sur 35 est connu, 18 d'entre eux étant célibataires, veufs, séparés ou divorcés.

Neuf appelants sont de nationalité étrangère; 16, soit près de la moitié, ont des antécédents psychiatriques, dans le sens d'une ou de plusieurs hospitalisations ou d'un traitement ambulatoire; 4 patients parmi ces 16 ont évoqué une tentative de suicide antérieure; une femme de 52 ans, connue de la Main Tendue comme une appelante régulière depuis 12 ans, dépressive, suivie ambulatoirement par un psychiatre et hospitalisée à plusieurs reprises à la Clinique de Bel-Air, s'est suicidée 2 mois après la fin de la période considérée. A noter que dans une «classification» tentée à partir de l'analyse des rapports écrits, classification des appels en fonction du danger potentiel de suicide, nous n'avons pas évalué les idées de suicide exprimées par cette patiente, lors de 2 entretiens téléphoniques, comme très alarmantes. Dix appelants sur 35 – 6 hommes et 4 femmes – nous ont paru communiquer des idées de suicide à priori sérieuses et inquiétantes:

pour avancer cette appréciation, nous avons tenu compte, non seulement de l'atmosphère de l'entretien, perceptible à travers le rapport du répondant, et de la tonalité des idées de suicide exprimées par le patient, mais des facteurs de risque suivants: la solitude dans 5 cas; l'existence d'antécédents psychiatriques (traitements ambulatoire ou hospitalier, état dépressif, tentamen) dans 6 cas; la notion d'une maladie somatique chronique et douloureuse dans 2 cas. Le moyen de se tuer, précisé par 4 patients, l'absence de travail mentionnée par 2 patients, le suicide récent du frère d'un patient ont été également considérés comme des facteurs de risque.

Compte tenu de la brièveté de la période d'«étude» et du très petit nombre des appels ainsi analysés, l'importance relative des appelants réguliers et la fréquence des patients psychiatriques nous paraissent dignes d'être soulignées.

Efficacité des services de secours par téléphone:

Revue de la littérature

A notre connaissance, des études systématiques sur l'efficacité des services de secours par téléphone dans la prévention du suicide n'ont été effectuées jusqu'ici qu'aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne. La première en date de ces études, celle de *Bagley*, en 1968, est la seule favorable aux Samaritains. Les autres concluent de façon négative. Soulignons que les travaux mentionnés ici concernent des organisations très différentes les unes des autres, couvrant des populations également différentes.

Il est un fait que le taux de suicide a diminué en Grande-Bretagne depuis 1963, plus que dans tout autre pays européen, et que l'organisation des Samaritains s'est développée dans le même temps. Dans l'idée que les Samaritains pourraient être à l'origine de cette baisse, *Bagley* a comparé les taux de suicide de 15 villes, dans lesquelles les Samaritains opéraient depuis au moins 2 ans, aux taux de 15 autres villes non «couvertes» par les Samaritains. Le choix de ces 15 villes témoins a été fait en fonction de 2 méthodes sociologiques différentes, la première basée sur la ressemblance «écologique» entre 2 villes, et la seconde utilisant 3 variables considérées comme hautement corrélées avec le taux de suicide, soit l'âge, le sexe et la classe sociale. En résumé, *Bagley* [3] a calculé que le taux de suicide des villes «avec» Samaritains a diminué de 6 %, alors que celui des villes «sans» Samaritains a augmenté de 20 %, d'après la première méthode, de 7 % selon la deuxième.

En 1969, *Weiner* [15] a comparé 4 villes californiennes, 2 de ces villes étant pourvues d'un centre de prévention du suicide, 2 autres en étant dépourvues: alors que le nombre des suicides a augmenté à Los Angeles après l'installation du centre de prévention en 1958 – augmentation qui pourrait être due à une plus grande précision de la part des officiers de justice (coroner) chargés de déterminer les causes de décès –, il n'a pas évolué de manière significative à San Fran-

cisco, ville dotée d'un centre, ni à San Diego ou à San Bernardino, qui n'en ont pas.

En 1969 également, *Litman* et *Farberow* ont estimé que la baisse du taux de suicide observée à Los Angeles depuis 1963, baisse non constatée dans le reste de la Californie, pouvait être attribuée à leur centre de prévention. *Ringel* [14], toujours en 1969, a interprété dans le même sens la diminution de 37 % des suicides à Vienne entre 1953 et 1968, diminution due en partie selon lui au Lebensmüdenfürsorgestelle créé en 1948. Tout comme celle de *Weiner*, ces études laissent perplexes, étant donné qu'elles ne comparent pas la variation du taux de suicide dans une région donnée avec la variation dans une région choisie comme contrôle, en fonction de variables significatives.

Selon *Lester* [11], la première étude systématique conduite sur ce problème aux Etats-Unis date de 1973; elle a comparé les taux de suicide de 1960 et de 1968 pour 25 villes américaines dépourvues d'un centre de prévention en 1967 ou 1969, et pour 17 villes dotées d'un tel centre en 1967: il a été relevé que les taux moyens de suicide n'avaient pas évolué de façon significative de 1960 à 1968, ni dans les villes «sans» – leur taux passant de 9,2 à 9,5 – ni dans les villes «avec centre» – leur taux étant de 12,5 en 1960 et de 12,1 suicides pour 100 000 habitants en 1968. Parmi les 25 villes «sans», 14 ont connu une baisse du taux de suicide de 1960 à 1968, et 11 une augmentation; en ce qui concerne les 17 villes «avec centre», le taux de suicide a diminué dans 8 de ces villes et augmenté dans 9 autres. Comme le remarque *Lester*, cette étude était insuffisamment contrôlée, étant donné que les villes «avec centre» étaient beaucoup plus grandes que les villes «sans», et que les taux de suicide des premières étaient plus élevés que ceux des secondes.

Les 3 études suivantes, par contre, sont contrôlées, comme celle de *Bagley*, mais parviennent quand même à des conclusions décevantes, puisqu'elles mettent en doute aussi bien l'efficacité de centres de prévention américains que l'efficacité des Samaritains anglais. Ainsi, *Lester*, en 1974, compare les variations des taux de suicide entre 1960 et 1969 dans 24 villes américaines comparables quant au nombre d'habitants, et divisées en 3 groupes: les 8 premières ont un centre de prévention installé depuis 1967; les 8 secondes ont un centre depuis 1969, et les 8 villes du troisième groupe ne possèdent pas de centre. En conclusion, *Lester* admet que lorsqu'une étude est contrôlée en ce qui concerne la population des villes considérées, les centres de prévention ne semblent pas avoir un effet statistiquement significatif sur le taux de suicide de ces villes: «Il se pourrait bien que les centres de prévention du suicide ne le préviennent pas.»

En 1977, *Bridge* et coll. [5], dans une étude portant sur 15 des 100 comtés de Caroline du Nord, dotés d'un centre de prévention, arrivent également à la conclusion que ces centres ont un effet minime sur le taux du suicide.

Enfin, en 1978, *Jennings, Barraclough et Moss* [9] ont réalisé une enquête identique à celle de *Bagley* en comparant les taux de suicide de villes anglaises couvertes par les Samaritains et de villes choisies comme contrôles, non pourvues d'une agence de Samaritains. Cependant, ils ont étudié plus de couples de villes que ne l'avait fait *Bagley* – 33 paires de villes au lieu de 15 – et ont utilisé 4 méthodes au lieu de 2 pour choisir les villes de contrôle. En bref, ils n'ont trouvé aucune différence statistiquement significative entre les villes «avec» et les villes «sans» Samaritains.

Ajoutons à cette liste de travaux 2 articles de *Holding* [7, 8] concernant une émission télévisée consacrée aux Samaritains en 1972, «The Befrienders». Cette émission, dont le but était de présenter les Samaritains comme un service de prévention du suicide, a été diffusée en 11 épisodes hebdomadaires, le samedi soir, à Edimbourg. Alors que l'émission a été suivie d'une augmentation massive des appels aux Samaritains, le nombre des suicides et des parasuicides (tentamen) n'a pas diminué. *Holding*, qui avait enregistré et comparé le nombre de suicides à Edimbourg en 1969, 1971, 1972 et 1973 au cours de 3 périodes de 10 semaines, soit avant, pendant et après l'émission, conclut que «The Befrienders» n'a eu aucun effet préventif à court terme sur le suicide.

Conclusion

Dans un bref article, publié dans *The Lancet*, en août 1977, *Bagley* paraît mettre en question ses propres conclusions de 1968, puisqu'il écrit: «Les difficultés méthodologiques rencontrées en utilisant le taux de suicide pour évaluer l'efficacité des Samaritains sont trop grandes pour permettre d'en tirer des conclusions valables. Il est possible que les Samaritains soient efficaces en réduisant les taux de suicide jusqu'à un certain point, mais il n'existe aucun moyen de le prouver.» En paraphrasant quelque peu cette formule de *Bagley*, nous sommes tentés de dire que s'il est possible que les services de secours par téléphone ne réduisent pas le taux de suicide d'une région donnée, il semble incontestable que ces services préviennent un certain nombre de suicides. Bien que la majeure partie des appelants ne soient pas suicidaires, les services de secours par téléphone attirent – nous l'avons vu – une clientèle de patients psychiatriques plus ou moins dangereux pour eux-mêmes. Fonctionnant parmi d'autres dispositifs à visée thérapeutique ou préventive, un service de secours par téléphone ne peut pas tout faire à lui seul, mais doit être intégré dans un réseau de protection. Son efficacité ne serait-elle pas augmentée, au sein d'une collectivité donnée, s'il était mieux connu, et surtout mieux utilisé, par cette collectivité en général et par les médecins en particulier? C'est dans cette perspective d'un réseau de traitement et de prévention, dont le SST est un élément important, que nous concevons une collaboration avec la Main Tendue.

Résumé

Cet article, consacré au rôle des services de secours par téléphone dans la prévention du suicide, contient un rappel historique, une description de l'activité de la Main Tendue à Genève, quelques données pratiques sur l'aide psychologique d'urgence au téléphone. 41 appels à «contenu suicidaire» de 35 appelants de la Main Tendue sont sommairement analysés. Une revue de la littérature portant sur ce sujet laisse une impression pessimiste sur l'efficacité des services de secours par téléphone face au suicide.

Summary

Suicide prevention: Role and effectiveness of telephonic help services

This paper deals with the effectiveness of emergency telephonic help services in suicide prevention; it gives an historical account, describes the activity of Geneva's "Main Tendue" and proposes some practical principles on emergency telephonic help. 41 calls of 35 callers of Geneva's telephonic help service are briefly analyzed. A review of the literature available on this subject leaves a pessimistic impression about effectiveness of such services.

Zusammenfassung

Suizidprävention: Rolle und Effizienz der Telefonhilfsdienste

Diese Arbeit spricht von der Rolle der Telefonhilfsdienste bei der Suizidprävention. Ein historischer Rückblick, ein Aktivitätsbericht der «Dargebotenen Hand» in Genf, einige praktische Punkte der psychotherapeutischen Hilfe per Telefon in Notfällen werden beschrieben. 41 Anrufe von 35 Anrufern der Dargebotenen Hand werden summarisch analysiert. Eine bibliographische Übersicht dieses Themas hinterlässt einen pessimistischen Eindruck betreffend die Effizienz der Telefonhilfsdienste beim Suizid.

Bibliographie

- [1] *Atkinson, M.*, The Samaritans and the elderly: some problems in communication between a suicide prevention scheme and a group with a high suicide rate, *Soc. Sci. and Med.*, 5, 483–490 (1971).
- [2] *Bagley, C.*, The evaluation of a suicide prevention scheme by an ecological method, *Soc. Sci. and Med.*, 2, 1–14 (1968).
- [3] *Bagley, C.*, Suicide prevention by the Samaritans, *The Lancet*, August 13, 348–349 (1977).
- [4] *Barraclough, B. M.*, et *Shea, M.*, Suicide and Samaritan clients, *The Lancet*, October 24, 868–870 (1970).
- [5] *Bridge, T. P.*, *Potkin, S. G.*, *Zung, W. W. K.*, et *Soldo, B. J.*, Suicide prevention centers, Ecological study of effectiveness, *The Journal of Nervous and Mental Disease* 164, 18–24 (1977).
- [6] *Farberow, N. L.*, et *Shneidman, E. S.*, *The Cry for help* (McGraw-Hill, New York 1965).
- [7] *Holding, T. A.*, "Befrienders" Series and its Effects, *Brit. J. Psychiat.* 124, 470–472 (1974).
- [8] *Holding, T. A.*, Suicide and "The Befrienders", *British Medical Journal* 3, 751–753 (1975).
- [9] *Jennings, C.*, *Barraclough, B. M.*, et *Moss, J. R.*, Have the Samaritans lowered the suicide rate? A controlled study, *Psychological Medicine* 8, 413–422 (1978).
- [10] *Kaphan, M. N.*, et *Litman, R. E.*, Telephone appraisal of 100 suicidal emergencies, *American Journal of Psychotherapy* 16, 591–599 (1962).
- [11] *Lester, D.*, Effect of suicide prevention centers on suicide rates in the United States, *Health Services Reports* 89, 1, 37–39 (1974).
- [12] *Litman, R. E.*, et *Farberow, N. L.*, Evaluating the effectiveness of suicide prevention, *Proceedings of the Fifth International Conference for Suicide Prevention*, London, 1969, 246–250 (International Association for Suicide Prevention, Vienna 1969).
- [13] *Litman, R. E.*, *Farberow, N. L.*, *Shneidman, E. S.*, *Heilig, S. M.*, et *Kramer, J. A.*, Suicide-Prevention, Telephone Service, *The Journal of the American Medical Association* 192, 21–25 (1965).
- [14] *Ringel, E.*, An international survey: Central and Southern Europe, *Proceedings of the Fifth International Conference for Suicide Prevention*, London, 1969, 11–14 (International Association for Suicide Prevention, Vienna, 1969).
- [15] *Weiner, I. W.*, The effectiveness of a suicide prevention program, *Mental Hygiene* 53, 357–363 (1969).
- [16] *Wilkins, J.*, A Follow-up study of those who called a suicide prevention center, *Amer. J. Psychiat.* 127, 2, 155–161 (1970).
- [17] *Wold, C. I.*, et *Litman, R. E.*, Suicide after contact with a suicide prevention center, *Arch. Gen. Psychiatry* 28, 735–739 (1973).