

Point de vue des répondants et des appelants sur la pertinence des services d'écoute téléphonique

Danielle Maltais, Ph.D., Sébastien Savard, Ph.D. et Simon Gauthier, Msc. (en cours).

Unité d'enseignement en travail social, Département des sciences humaines, Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), 555 Boulevard de l'Université, Chicoutimi, Québec, Canada, G7H2B1. danielle_maltais@uqac.ca

Introduction

Les premiers centres d'écoute téléphonique modernes ont fait leur apparition dans les années 1960 (Lester, 2002) et se sont développés partout à travers le monde. Les ouvrages portant sur les services d'aide téléphoniques démontrent que ceux-ci forment un ensemble hétérogène. Ces services portent effectivement sur une large gamme de problématiques et s'adressent à une clientèle très diversifiée. Aujourd'hui, les services d'aide téléphonique sont considérés comme d'importantes ressources pour les personnes ayant besoin d'une assistance immédiate malgré le fait que les services qui y sont offerts sont parfois dispensés par des individus ayant peu ou pas de formation dans les divers champs couverts par ceux-ci (Mishara et Daigle, 1995). L'objectif principal sous-jacent à la matérialisation de tels services consistait à contrer l'effritement grandissant du tissu social composé par la famille, la communauté et la sphère professionnelle (Ben-Ari et Azaiza, 2003; Lazar et Erera, 1998).

En territoire occidental, les centres d'écoute téléphonique ont proliféré à un rythme accru au courant des années 70. Aux États-Unis, le nombre de centres de prévention du suicide est passé de 28 à 225 entre 1966 et 1989 (Roberts, 1995). Cette vague d'expansion a véritablement atteint le territoire canadien au cours des années 1980, expansion s'accompagnant d'une diversification des services offerts par ces différents organismes : supervision professionnelle, parrainage, suivi, évaluation, maintien à domicile, etc. (Hunt, 1993; Lester, 2002). L'important développement de ce type particulier de soutien a été appuyé davantage de manière intuitive qu'empirique rendant ainsi l'évaluation de l'efficacité des centres d'écoute plus ardues à réaliser (Ormond *et al.*, 2000; Lester, 2002).

Plusieurs auteurs font ressortir le manque d'évaluation systématique et empirique de cette forme de soutien (Roberts, 1995; Lester, 2002). La grande disparité des données concernant l'efficacité des différents types de services d'aide téléphonique démontrent bien que son évaluation doit nécessairement mettre en relation plusieurs variables telles que les programmes de formation offerts aux intervenants (Bleach et Claiborn, 1974; Bobevski et Holgate, 1997; Dew, Bromet et Brunt, 1987; Kinsel et Nanson, 2000; ; Lazar et Erera, 1998; Lester, 2002, Roberts, 1995; McCarthy, O'Donnell et George, 1977; Reese et Robin, 1990), l'encadrement des bénévoles (McCarthy et Reese, 1990; Roberts, 1995), le stress perçu par les bénévoles (McCarthy, Reese et Robin, 1990; Mishara et Giroux, 1993), la nature du problème (Ko et Lim, 1996; McCarthy, Reese et Robin, 1990), le niveau d'expérience possédé par le bénévole (Echterling et Hartsough, 1989), le type d'appelant (assidu ou non), la sévérité et la complexité du problème vécu par les appelants (Bleach et Claiborn, 1974; McCarthy, Reese et Robin, 1990), ainsi que l'approche d'intervention privilégiée (Rogérienne, cognitivo-comportementale, axée sur la résolution de problème, etc.) par l'organisme (Mishara et Daigle, 1997). Le présent article tente de combler une partie de ces lacunes en exposant les faits saillants d'une étude présentant le point de vue des appelants et des écoutants sur la pertinence et l'efficacité des services d'aide téléphonique tel que pratiqué par les centres d'écoutes membres de l'Association des centres d'Écoute Téléphonique du Québec (ACETDQ). La première partie de cet article présente une recension des écrits sur la

pertinence et l'efficacité des services d'aide téléphonique. Par la suite, des informations sont apportées sur la méthodologie de l'étude. La troisième section porte sur les principaux résultats de cette étude en présentant premièrement les informations recueillies auprès des appelants puis ceux ayant trait aux écoutants. Par la suite, les résultats sont discutés en termes de retombées pour la pratique de l'intervention téléphonique.

Recension des écrits

Malgré l'importante prolifération des services d'aide au téléphone, les études sur l'efficacité de ceux-ci demeurent restreintes et ce, surtout en ce qui concerne les services dans le champ de la santé mentale (Lester, 2002; Roberts, 1995; Reese, Conoley, et Brossart, 2006). Cette constatation s'explique par le fait que les services d'aide téléphonique en santé physique sont plus souvent qu'autrement intégrés au sein de grandes organisations. Ces dernières sont généralement plus structurées, possèdent des budgets et infrastructures pouvant soutenir davantage la recherche, disposent de données plus précises car comptabilisées et sont confrontées à moins de barrières sur le plan éthique (Lapointe, 2004). En santé mentale, les données disponibles s'avèrent extrêmement restreintes et concernent surtout l'intervention de crise et la prévention du suicide. Les rares recherches existantes exposent des données contradictoires en ce qui a trait aux forces et faiblesses des services d'aide téléphonique.

C'est ainsi que les études ayant porté leur attention sur l'efficacité des services d'aide téléphonique en santé mentale exposent des données empiriques tant favorables que défavorables (Ben-Ari et Azaiza, 2003; Datto *et al.*, 2003; Hunkeler *et al.*, 2000; King *et al.*, 2003; Ko et Lim, 1996; Lazar et Erera, 1998; Leach et Christensen, 2006; Lester, 2002; Reese, Conoley et Brossart, 2006; Roberts, 1995; Slaikou et Willis, 1978; Tutty *et al.*, 2000; Young, 1989). Par exemple, des auteurs soulignent en premier lieu les nombreux facteurs renforçant la pertinence de l'utilisation du téléphone comme outil d'intervention auprès de clientèles diversifiées. Tout d'abord, l'appelant verrait son sentiment de pouvoir rehaussé dans le sens où celui-ci peut mettre fin comme bon lui semble à l'appel en cours. Cette symétrie de pouvoir et le sentiment de contrôle sous-jacent aurait tendance à faciliter la communication entre l'appelant et le bénévole (Lester, 2002; Reese, Conoley et Brossart, 2002, 2006). Ensuite, l'anonymat est une caractéristique pouvant également amener un individu à avoir recours à un service d'aide téléphonique. En effet, le caractère confidentiel semble être une condition favorisant le dévoilement chez les appelants des pensées et des sentiments qui les habitent (Ko et Lim, 1996; Lester, 2002; Reese, Conoley et Brossart, 2002, 2006;). De plus, l'anonymat engendrerait l'effondrement de certaines barrières qu'elles soient réelles ou psychologiques, effondrement ayant pour effet de diminuer chez les appelants certaines angoisses telles que celle de paraître ridicule (Lester, 2002). Ensuite, l'accessibilité et l'immédiateté sont deux autres facteurs pouvant expliquer l'attrait que les personnes en difficulté porte à l'égard d'un soutien de nature téléphonique. Le faible coût et la flexibilité rend effectivement cette forme d'aide très accessible particulièrement aux personnes les plus démunies de la société (personnes âgées, personnes ayant un trouble de santé mentale, personnes ayant une incapacité physique) et ce, dès que le besoin émerge à l'intérieur de celles-ci (Coman, Burrows et Evans, 2001; Ko et Lim, 1996; Lester, 2002).

Toutefois, quelques chercheurs exposent des données poussant à nuancer ces perceptions quant aux éléments appuyant l'efficacité des services d'aide téléphonique (Lester, 2002; Reese, Conoley et Brossart, 2002, 2006). En premier lieu, Lester et Brockopp (1973) notent que le téléphone est généralement utilisé pour la conversation et non dans le cadre d'une intervention à caractère plus thérapeutique ou d'écoute active. Cet usage ordinaire et

fortement intériorisé du téléphone peut créer une distorsion dans l'offre d'un service d'aide téléphonique en le rendant davantage de nature conversationnelle que thérapeutique. En second lieu, le bénévole peut se sentir, à l'intérieur de ce type particulier de soutien, moins en contrôle de la relation entre lui et l'appelant (Lester, 2002). Cette constatation peut s'expliquer par le fait que l'intervenant ne dispose pas d'un large éventail d'indices non-verbaux (seulement de nature auditive) susceptibles de l'aider à explorer la situation-problème de l'appelant (Lester, 2002). En troisième lieu, l'anonymat peut parfois pousser l'appelant à réaliser des appels obscènes, répétitifs, hostiles et à caractère sexuel (Leising, 1985; Lester, 2002). En dernier lieu, les services d'aide téléphonique peuvent contribuer à la réduction du tissu social d'une communauté en ne permettant pas la réunion véritable (physiquement) de l'appelant avec d'autres personnes pouvant le soutenir (Lester, 2002).

Méthodologie

Objectifs de l'étude

Cette étude poursuivait trois objectifs spécifiques. Le premier consistait à identifier les principales caractéristiques sociodémographiques des appelants et à évaluer le niveau de satisfaction à court terme de ces derniers à l'égard des services reçus. Le deuxième visait à connaître les perceptions des écoutants concernant les besoins des appelants et leur propre sentiment de compétence lors de l'appel initial. Enfin, le dernier objectif voulait évaluer, à partir des perceptions des écoutants le niveau d'humeur dépressive, d'anxiété, d'urgence suicidaire et de détresse psychologique des appelants participant à l'étude, au début et à la fin de leur appel initial

Modalités de recrutement des participants

Pour le recrutement *des appelants*, dans un premier temps pour une période de cinq mois, 71 écoutants participant à l'étude ont invité chaque appelant, immédiatement à la fin de leur échange téléphonique à participer à une courte entrevue téléphonique visant à effectuer l'évaluation des services d'aide téléphonique à partir de quelques questions à choix de réponses multiples. Les écoutants à qui étaient proposés de participer à ce premier volet de la recherche ne devaient pas être en état d'ébriété, ni présenter des signes de confusion mentale ou d'agressivité ou recourir à une intervention en cas de crise suicidaire. Dans le cas d'acceptation des appelants de participer à ce volet de la recherche, un intervieweur, autre que l'écoutant complétait au téléphone l'administration de ce questionnaire de satisfaction.

Dans un deuxième temps, une fois le court questionnaire de satisfaction complété, les intervieweurs demandaient aux appelants s'ils souhaitaient participer à une autre entrevue de suivi trois semaines après l'appel en cours. En cas d'acceptation d'un appelant à être rejoint une seconde fois, les intervieweurs avaient à proposer deux alternatives, soit celle de téléphoner ultérieurement à un évaluateur externe ou celle de se faire téléphoner par ce dernier. Dans le premier cas, les intervieweurs avaient à divulguer aux appelants le numéro de téléphone de l'évaluateur indépendant afin qu'il prenne contact avec eux lors d'une période déterminée (trois semaines après l'appel initial). Devant la deuxième éventualité, les écoutants avaient à recueillir le numéro de téléphone et le prénom des appelants et les informer qu'ils seront appelés par téléphone trois semaines après l'appel en cours tout en prenant soin de souligner que ces informations demeureront strictement confidentielles.

Pour le recrutement *des écoutants*, notre équipe de recherche a soumis un document écrit sous forme d'un dépliant convivial résumant les modalités de la recherche (objectif, outil de cueillette des données, durée, etc.) aux responsables des cinq centres d'écoute ayant manifesté leur intérêt à participer à cette recherche. Par la suite, ceux-ci ont été amenés à transmettre, à leurs intervenants bénévoles ou rémunérés ce document qui annonçait les dates où allaient se tenir les séances d'information de formation des volontaires. Pour l'ensemble des centres d'écoute à l'étude, plus de 80 écoutants bénévoles ou rémunérés ont assisté à une des six sessions offertes entre la période de la fin octobre à la fin novembre 2007. Lors de ces rencontres, les responsables de l'étude ont présenté les objectifs et les procédures méthodologiques de la recherche aux écoutants présents pour ensuite leur demander s'ils souhaitaient participer à celle-ci. C'est ainsi que 71 écoutants bénévoles ou rémunérés ont alors souligné leur désir de prendre part à l'étude.

Les instruments de mesure et les procédures d'administration reliées à ceux-ci

Par le biais d'une recension des écrits scientifiques portant sur les services d'écoute téléphonique, une batterie de mesure a été sélectionnée et développée pour évaluer de manière globale l'efficacité de divers centres d'écoute téléphonique membres de l'ACETDQ. Ces questionnaires étaient destinés à répondre adéquatement aux objectifs présentés précédemment. Ils ont été administrés en deux temps par rapport à l'appel initial soit 1) avant et immédiatement après, et 2) trois semaines à la suite de celui-ci. La présente étude a utilisé des instruments de mesure similaires à l'étude menée par Aubry *et al.* (2005) pour explorer divers indicateurs chez les appelants généralement associés à l'efficacité d'un service d'aide téléphonique tels que le niveau de détresse, le déploiement de stratégies d'adaptation efficaces ou non, le niveau d'urgence suicidaire ainsi que le degré de satisfaction avec le service qu'il a effectivement reçu..

En ce qui a trait au premier objectif de l'étude soit l'identification du niveau de satisfaction des répondants face aux services reçus, les répondants ont été amenés à répondre à deux reprises (immédiatement après leur appel initial et trois semaines après celui-ci) aux questions du *Consumer Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8) (Larsen, Attiksson, Hargreaves et Nguyen, 1979) adaptées pour les besoins de la présente étude. Ce questionnaire regroupe huit items de type Likert cotés sur une échelle en quatre points. Il permet d'évaluer le niveau de satisfaction de l'appelant en ce qui a trait à plusieurs dimensions de l'aide qu'il a reçue : les facteurs reliés à l'intervenant et à l'organisation du service, la nature du service reçu, la qualité du service, le nombre et la durée de l'échange téléphonique, le résultat obtenu, les procédures administratives déployées à travers le service et le niveau de satisfaction générale.

Pour le second objectif qui cherchait à identifier les perceptions des intervenants bénévoles ou rémunérés concernant les besoins des appelants et leur propre sentiment de compétence lors de l'appel initial, les écoutants avaient, immédiatement après chacun de leurs quarts d'écoute, à remplir une courte série de questions fermées abordant le type d'appelant, le contexte et le déroulement des appels, les besoins des appelants ainsi que le niveau de satisfaction qu'il ont éprouvé en ce qui a trait aux éléments suivants : le niveau de reconnaissance face à la problématique et aux sentiments des appelants, l'utilisation de techniques appropriées, le niveau de connaissance sur les problèmes vécus par les appelants, etc. Cet instrument de mesure a été élaboré à partir d'outils validés particulièrement en ce qui concerne l'évaluation du sentiment de compétence chez les intervenants bénévoles ou rémunérés. C'est ainsi que certaines questions comprises dans le *Counseling Self-Estimate Inventory* (Larson *et al.*, 1992) ont été utilisées pour la construction de ce questionnaire. La

version originale de cet outil de cueillette des données permet d'évaluer dans quelle mesure un intervenant a confiance en ses capacités d'intervention, est capable de poursuivre un processus d'aide et est en mesure de composer efficacement avec les comportements difficiles des clients. La validité interne de cet outil de collecte des données est de .93 et celui-ci possède une bonne stabilité temporelle. Au total, 301 questionnaires, destinés à répondre au troisième objectif de l'étude, ont été complétés par les intervenants ayant accepté de participer à cette étude.

En ce qui concerne le troisième objectif de l'étude qui consistait à évaluer le niveau de détresse psychologique, d'anxiété et d'urgence suicidaire des appelants participant à l'étude au début et à la fin de leur appel initial, les écoutants ont eu à remplir, au début et à la fin de l'appel initial, des échelles conçues pour estimer le niveau de détresse psychologique, le niveau d'anxiété et le niveau d'intention suicidaire des appelants au début et à la fin de l'appel initial. Globalement, 71 écoutants ont complété des fiches pour 1648 appelants. En second lieu, trois semaines après leur appel initial, les appelants, lors d'un entretien téléphonique avec un chercheur, se sont fait administrer la version de 12 questions du *General Health Questionnaire* de Goldberg (1992).

Résultats

Cette section présente les résultats issus de l'administration des différents instruments de mesure lors de la période de cueillette des données au sein de chacun des centres d'écoute téléphonique à l'étude. En premier, est apporté le point de vue des appelants. Puis, par la suite, les données concernant les écoutants sont présentés

Caractéristiques sociodémographiques des appelants

Sur les 194 appelants ayant accepté de compléter le questionnaire concernant leur niveau de satisfaction immédiate, une majorité d'entre eux sont des femmes (55,2%) et ont entre 31 à 54 ans (59,1%). Plus d'un répondant sur deux (53,0%) ont également mentionné qu'ils se considéraient comme « *pauvre* » ou « *très pauvre* » tandis 36,6% des répondants ont jugé leurs ressources économiques comme suffisantes pour subvenir à leurs besoins, et un nombre limité de participants (10,4%) ont révélé qu'ils se sentaient à l'aise au point de vue financier. Autant de répondants masculins (51,8%) que féminins (51,9%) ont mentionné qu'ils se considéraient « *pauvre* » ou « *très pauvre* » au moment de l'administration du questionnaire. Au cours des six mois précédant l'étude, la plupart des répondants (88,7%) avaient déjà sollicité les services d'aide téléphonique. Plus spécifiquement, la plupart des appelants (51,0%) avaient utilisé les services téléphoniques à 16 reprises et plus, tandis que certains répondants (11,3%) avaient eu recours à ceux-ci qu'une seule fois. Enfin, la plupart des appelants (74,7%) demeuraient seul au moment de l'administration du questionnaire portant sur le niveau de satisfaction immédiat.

Lors de la réalisation de l'entrevue de suivi trois semaines après leur appel initial, près de la moitié des 80 répondants (47,5%) ayant participé à ce volet de l'étude, présentaient une souffrance mentale, 40,0% avaient une bonne santé mentale, tandis que 12,5% ont obtenu un score au GHQ-12 reflétant l'existence possible d'une pathologie. Ces répondants présentaient généralement une souffrance mentale et ce, peu importe leur sexe et le niveau de scolarité atteint. Cette détresse psychologique n'est toutefois pas distribuée de la même manière lorsque mis en relation avec d'autres caractéristiques sociodémographiques des appelants.

Plus spécifiquement, les appelants âgés entre 18 et 54 ans éprouvent une souffrance mentale généralement plus élevée que les répondants âgés de 55 ans et plus (respectivement 14,2 versus 11,92) chez qui le score moyen au GHQ-12 n'atteint pas le seuil reflétant l'existence possible d'une détresse psychologique significative. Ensuite, les informations recueillies auprès de ces répondants suggèrent que les appelants se considérant pauvres ou très pauvres manifestent généralement plus de souffrance psychologique que les répondants se considérant plutôt à l'aise financièrement ou estimant posséder des ressources pécuniaires suffisantes (respectivement 15,84 versus 11,73). Il apparaît également que les appelants assidus (c.-à.-d. qui ont sollicité fréquemment les services d'aide téléphonique) exhibent généralement une souffrance psychologique plus prononcée que les appelants non-assidus (c.-à.-d. qui ont sollicité seulement à une reprise les services d'aide téléphonique au cours des derniers six mois).

Raisons motivant l'utilisation d'un service d'écoute téléphonique et satisfaction face au service reçu

Les données de la présente étude révèlent que les appelants ont eu recours aux services d'aide téléphonique afin de répondre aux principaux besoins suivants: être écouté, être soutenu (70,1%), partager leur malheur/atténuer leur mal d'être (20,1%), explorer et valider de nouvelles pistes de solutions (20,1%) et partager leur bonheur (13,9%).

La grande majorité des répondants ont mentionné dans des pourcentages supérieurs à 90,0% qu'ils considéraient que les interventions téléphoniques offertes les ont aidé à résoudre leurs difficultés, qu'ils étaient satisfaits de l'accueil, de l'attitude et de l'écoute des écoutants, qu'ils avaient reçu le genre de service espéré, qu'ils considèrent que l'écoutant était compétent, qu'ils utiliseraient à nouveau le service s'ils en ressentaient le besoin et qu'ils recommanderaient à un ami de faire appel à ce service en cas de besoin. De plus, plus de 90% des répondants sont soit très satisfaits ou satisfaits de façon générale et globale du service d'écoute téléphonique qu'ils ont reçu. Une majorité des répondants estiment aussi que les services ont répondu à presque tous ou à la plupart de leurs besoins et estiment que la qualité du service est excellente (68,8%). Enfin, 87,7% des répondants considèrent que le temps qui leur a été alloué est satisfaisant ou très satisfaisant et 74,4% considèrent qu'ils ont eu rapidement accès au service d'écoute téléphonique.

Les répondants apprécient principalement les caractéristiques associées aux services d'aide téléphonique suivantes : écoute inconditionnelle et empathique (67,9%), rétroactions et réconfort (44,9%), disponibilité et accessibilité (18,2%), moment propice à l'expression émotionnelle (15,0%), permet de briser l'isolement (15,0%), temps alloué par appel (9,6%), ainsi que l'anonymat et la confidentialité (8,6%). D'un autre côté, les appelants considèrent que les caractéristiques liées aux services d'aide téléphonique suivantes seraient à améliorer : temps d'attente pour accéder au service (23,0%), rétroaction des bénévoles (22,4%), temps alloué par appel (16,0%), quantité de bénévoles (15,0%), et les heures d'opération (12,3%).

En général les appelants masculins apparaissent moins satisfaits des services reçus que les femmes. Toutefois les différences entre ces deux groupes de répondants ne sont pas significatives. Ainsi, un peu moins de répondants masculins (91,8%) que féminins (98,1%) ont rapporté avoir pu bénéficier du genre d'aide qu'il escomptait recevoir. De plus, une proportion plus élevée d'appelants masculins (8,2%) ont révélé n'avoir pas pu recevoir le

genre d'aide espéré en comparaison aux appelants féminins (1,9%). Ensuite, une proportion plus élevée d'appelants masculins (7,0%) ont trouvé la qualité du service de passable à médiocre contre seulement 1,9% des appelants féminins. Près du tiers des appelants masculins (31,3%) ont affirmé leur mécontentement à l'égard du temps qu'ils ont dû investir pour finalement accéder aux services d'aide téléphoniques qu'ils ont reçus, tandis qu'un peu moins du quart des appelants féminins (20,6%) partageaient une insatisfaction similaire à l'endroit des services téléphoniques reçus. Dans ce même ordre d'idées, une proportion un peu plus forte d'appelants masculins (6,0%) que féminins (1,0%) a souligné leur mécontentement à l'égard de l'accueil qui leur avait été offert par les écoutants. Enfin, 7,2% des appelants masculins contre 0,9% des appelants féminins ont exprimé leur mécontentement à l'égard de l'écoute des écoutants.

Dans l'ensemble, la plupart des répondants, indépendamment de leurs caractéristiques sociodémographiques et de la fréquence des contacts qu'ils ont eu avec leur centre d'écoute, démontre un niveau de satisfaction global élevé car plus de 80% des répondants, se déclarent globalement satisfaits face au service reçu, recommanderaient à un ami d'entrer en contact avec le centre d'écoute et utiliseraient ce service s'ils en auraient encore besoin.

En contre partie, les données du tableau 1 indiquent qu'indépendamment de l'âge, de la perception des ressources financières, du niveau de scolarité et du type d'appelant, la majorité des répondants estiment que les services d'aide téléphonique qu'ils ont reçus les ont aidé à résoudre leur(s) difficulté(s), étaient d'excellente qualité, et qu'ils avaient répondu à la plupart ou à presque tous leur(s) besoin(s). De plus, une majorité de répondants considèrent avoir reçu le genre de service espéré lorsqu'ils ont communiqué avec leur centre d'écoute téléphonique. Cependant, les résultats suggèrent que certaines caractéristiques associées aux répondants semblent exercer une influence sur leur niveau de satisfaction ou d'insatisfaction quant aux variables évaluées. C'est ainsi qu'il est possible de constater qu'un peu plus de répondants âgés entre 18 et 30 ans semblent dans l'ensemble moins satisfaits (malgré l'absence de différences significatives), face aux services reçus que les répondants situés dans les deux autres groupes d'âge à l'étude étant donné la présence de pourcentages moins élevés d'appelants âgés entre 18 et 30 ans satisfaits dans l'ensemble des items à l'étude.

Sources immédiates de satisfaction et d'insatisfaction des appelants

Les appelants apprécient principalement les caractéristiques associées aux services d'aide téléphonique suivantes : écoute inconditionnelle et empathique (67,9%), rétroactions et réconfort (44,9%), disponibilité et accessibilité (18,2%), moment propice à l'expression émotionnelle (15,0%), permet de briser l'isolement (15,0%), temps alloué par appel (9,6%), ainsi que l'anonymat et la confidentialité (8,6%). D'un autre côté, les appelants considèrent que les caractéristiques reliées aux services d'aide téléphonique suivantes seraient à améliorer : temps d'attente pour accéder au service (23,0%), rétroaction des bénévoles (22,4%), temps alloué par appel (16,0%), quantité de bénévoles (15,0%), et les heures d'opération (12,3%).

Certaines caractéristiques sociodémographiques des répondants semblent avoir une influence sur l'ordre et à l'importance accordée aux caractéristiques des services d'aide téléphonique appréciées par ceux-ci (Tableau 2). C'est ainsi que les femmes semblent accorder plus d'importance au fait que les services d'aide téléphonique peuvent leur permettre de s'ouvrir à d'autres possibilités de voir le monde que les hommes. Pour leur part, les répondants âgés de 54 ans et moins semblent attribuer davantage d'importance à la

disponibilité et à l'accessibilité des bénévoles et au temps alloué par appel, que les appelants âgés de 55 ans et plus. À l'inverse, les répondants âgés de 55 ans et plus semblent rattacher une importance plus élevée au fait que les services d'aide téléphonique favorisent l'expression émotionnelle, permettent de briser l'isolement, et qu'ils soient anonymes et confidentiels, que les répondants âgés de 54 ans et moins. Enfin, les répondants se considérant comme à l'aise ou suffisamment à l'aise semblent accorder plus de valeur au fait que les services permettent de s'ouvrir à d'autres possibilités de voir le monde que les répondants se considérant comme pauvres ou très pauvres. *A contrario*, les répondants se percevant comme pauvres ou très pauvres semblent donner une importance plus élevée au fait que les services d'aide téléphonique permettent de briser l'isolement et de parler avec une diversité de bénévoles comparativement aux appelants se considérant comme à l'aide ou suffisamment à l'aise financièrement. Enfin, en ce qui a trait au niveau de scolarité atteint, les répondants possédant un diplôme d'études postsecondaires semblent conférer une moins grande importance au temps alloué par appel que les appelants détenant un diplôme de secondaire IV ou moins.

Niveau de satisfaction à moyen terme des appelants

Le tableau 3 apporte des informations concernant le niveau de satisfaction des appelants à l'égard des services d'aide téléphonique qu'ils ont reçus trois semaines après leur appel initial. Les données de ce tableau indiquent que la plupart des répondants (90,0%) a considéré que les interventions téléphoniques reçues leur ont permis de résoudre leurs difficultés. Les données révèlent également que la plupart des appelants (88,8%) ont estimé que la qualité des services qu'ils ont reçus était de « *bonne* » à « *excellente* ». La plupart des répondants (81,3%) ont mentionné que les services reçus ont répondu à « *la plupart de leurs besoins* » ou à « *presque tous leurs besoins* » qui étaient à l'origine de leur appel initial. Les données démontrent aussi que la majorité des appelants considère que les services d'aide téléphonique les avaient amenés à voir différemment leur problème (75,9%), et à déployer des actions concrètes pour faire face à leurs difficultés (66,2%).

Point de vue des écoutants sur les besoins des appelants

Selon les écoutants, les appelants ont utilisé les services d'aide téléphonique pour être écouté/briser la solitude (96,7%), ventiler et exprimer leurs émotions (66,8%), explorer et valider de nouvelles pistes de solutions (42,5%), être encouragé dans la poursuite d'un projet, d'un rêve, d'une aspiration (30,2%), donner une signification adéquate à leurs émotions/et pensées (18,9%), et être orienté vers une référence pouvant répondre adéquatement à leurs besoins (15,3%).

Sentiment de compétence des appelants

Durant leurs différents quart d'écoute, la grande majorité des écoutants considèrent avoir reconnu les problématiques des appelants (89,3%), s'est sentie à l'aise face aux problématiques vécues par les appelants (98,3%), a été capable de reconnaître les besoins rencontrés par les appelants (89,3%), a été capable de mettre en pratique les techniques de l'écoute active (83,1%), a été satisfait de leurs interventions (100,0%), et a ressenti des sentiments positifs à la fin de leurs quarts d'écoute (94,0%). De plus, indépendamment du sexe, de l'âge, de la scolarité, du type d'écouter et de l'étendue de l'expérience de ceux-ci en tant qu'écouter au sein des centres d'écoute, la plupart des écoutants 1) croit avoir reconnu les problématiques rencontrés par les appelants, 2) s'est senti à l'aise face aux problématiques vécues par les appelants, 3) a été capable de reconnaître les besoins des appelants, 4) a été en

mesure de mettre en pratique les techniques de base de l'écoute active, 5) s'est senti satisfait des interventions téléphoniques, et 6) ont éprouvé des sentiments positifs à l'égard des services d'aide téléphoniques qu'ils ont réalisés. Cependant, il apparaît que certaines dimensions semblent exercer une influence sur la nature des perceptions dirigées par les écoutants à l'endroit de leurs interventions téléphoniques car il apparaît que les écoutants féminins ont des perceptions et des sentiments plus favorables à l'égard de leurs interventions téléphoniques que les écoutants masculins. De plus, indépendamment des dimensions évaluées, les écoutants détenant un diplôme de secondaire V et moins ont des perceptions et des sentiments plus positifs quant aux services d'aide téléphonique réalisés au cours du processus d'évaluation que les écoutants possédant un diplôme d'études postsecondaire. Peu importe les variables évaluées, les données indiquent également que les écoutants bénévoles ont des perceptions et des sentiments plus positifs que les écoutants ayant un engagement strictement rémunéré ou mixte (bénévole et rémunéré) envers leur centre d'écoute.

Perception des écoutants sur les retombées de leurs interventions téléphoniques sur la santé psychologique des appelants

La présente partie traite des perceptions des écoutants quant aux différentes répercussions qu'ont pu avoir les services d'aide téléphonique sur la santé psychologique des appelants. Pour ce faire, les écoutants avaient à donner leur point de vue sur le niveau d'humeur dépressive et d'anxiété des appelants au début et à la fin de leur appel. À ce sujet, les écoutants estiment qu'en général, pour plusieurs des appelants, que ceux-ci aient ou non accepté de compléter les questionnaires concernant leur niveau de satisfaction à court ou à moyen terme face au service reçu, que leur niveau d'humeur dépressive a diminué entre le début et la fin de leur appel initial tout comme celui de leur niveau d'anxiété. La majorité des écoutants estiment aussi que l'urgence suicidaire, qui était dans la plupart des cas très faible au début de l'appel initial, est demeurée stable entre le début et à la fin de leur appel (tableau 4).

Discussion/ Conclusion

La lecture des résultants présentés dans la section précédente nous permet de faire un certain nombre de constats. D'abord, une première observation que l'on peut faire est que les services d'écoute téléphonique sont hautement appréciés par les gens qui les utilisent. Le taux de satisfaction exprimé par les usagers de ces services atteint des niveaux rarement obtenus par les services formels offerts par les réseaux publics de services sociaux. De plus, il est possible de constater que la grande majorité des bénévoles, œuvrant dans ces services se sentent bien outillés pour répondre aux mandats qui leur est confié. La réalisation de 5 groupes de discussion avec des bénévoles de centres d'écoute téléphonique durant l'hiver 2009 a permis de faire ressortir qu'une des explications plausibles de ce sentiment de confort face aux attentes de l'organisation est lié à trois facteurs distincts. D'abord, les bénévoles sont bien renseignés sur les limites de leurs interventions. Le rôle des bénévoles est de faire de l'écoute téléphonique et non de l'intervention téléphonique. Ils doivent offrir un moment de qualité durant lequel les usagers vont sentir que quelqu'un est disposé et disponible pour les écouter pendant 15 à 20 minutes. En aucun moment, ils sont amenés à croire qu'ils peuvent avoir un impact significatif sur la situation problème vécue par les appelants. Comme ils sont bien sensibilisés sur les limites de leur mandat, ils ont beaucoup moins tendance à avoir l'impression de manquer de formation ou d'information pour y faire face. Ceci explique fort probablement pourquoi les bénévoles ont été fort peu nombreux à nous mentionner des problématiques (santé mentale, violence, sexualité, etc.) avec lesquels ils pourraient se sentir

moins compétents. Comme ils ont un rôle centré sur l'écoute et non sur la résolution de problème, le type de problématique vécu par les appelants à très peu d'importance. Un autre facteur expliquant le sentiment de compétence manifesté par les bénévoles semble être lié à la qualité de la formation offerte par les centres d'écoute téléphonique. Dans les groupes de discussion, que nous avons réalisés avec les bénévoles, la quasi-totalité des participants ont tenu à souligner la grande qualité de la formation offerte aux bénévoles par les organisations. Cette évaluation hautement positive s'adresse autant à la formation initiale (offerte avant que les bénévoles débutent leurs activités d'écoute téléphonique) qu'à la formation continue (offerte tout au long de leur implication dans l'organisation). La formation initiale est centrée sur les techniques d'écoute active et permet aux bénévoles d'expérimenter les différentes habilités associées à ce type particulier de soutien. Les activités de formation continue, pour leur part, permettent aux bénévoles d'être sensibilisés à différentes problématiques (santé mentale, vieillissement, etc.) et approches. Il est même possible d'affirmer que la qualité et l'intensité de la formation offerte dépasse celle offerte dans plusieurs établissements publics. Un troisième facteur expliquant le sentiment de compétence des bénévoles est probablement explicable par la qualité de l'encadrement offerte par les centres aux bénévoles. Ces derniers ont toujours une personne vers qui se tourner lorsqu'ils éprouvent des difficultés ou lorsqu'ils ont vécu des expériences difficiles avec des appelants.

Cependant, si les bénévoles ont un reproche à faire aux centres d'écoutes téléphonique, c'est celui de ne pas suffisamment les préparer à intervenir avec les appelants réguliers. Ces derniers peuvent constituer jusqu'à 60 % des interventions téléphoniques et les bénévoles, à l'instar des résultats obtenus dans d'autres recherches, trouvent souvent très difficile d'être continuellement en contact avec cette clientèle. Ils ont l'impression que ces appelants n'ont pas vraiment de problème particulier, outre celui de l'isolement, et ils vivent le sentiment de ne pas être utile et de ne pas avoir d'impact réel sur la situation de ces personnes. Pourtant, les résultats de notre étude démontrent que les appelants réguliers (ils ont constitué plus de 90 % des appelants ayant accepté de participer aux deux mesures de satisfactions) vivent des problématiques importantes (rappelons-nous les scores élevés au GHQ-12 obtenus par les participants) et ils ont souvent peu accès à d'autres services disponibles aussi facilement et rapidement. Certains intervenants de la santé qui suivent ces individus par l'intermédiaire de services formels vont même intégrer dans leur plan d'intervention le recours aux services des centres d'écoute téléphonique car ces services sont souvent les seules occasions pour les usagers d'avoir des contacts avec d'autres personnes. De plus, ces appelants ont témoigné un niveau de satisfaction extrêmement élevé face aux services d'écoute téléphonique reçus. Les bénévoles sous-estiment donc l'importance de leur écoute et l'impact qu'elle a sur la vie des appelants réguliers. Cette réalité devrait selon nous être mentionnée et rappelée régulièrement aux bénévoles. La prise de conscience des besoins importants vécus par les appelants réguliers et des bienfaits de leur soutien pourrait fort possiblement encourager et motiver les bénévoles qui répondent régulièrement aux appels de cette catégorie particulière d'usagers.

Une autre option pour répondre aux besoins de la clientèle des appelants réguliers serait de développer dans les centres d'écoutes des services particuliers pour eux. Services qui auraient comme objectif d'offrir une écoute différente centrée sur le suivi des situations vécues par les usagers avec comme objectif de faire cheminer tranquillement ces appelants dans les différentes facettes de leur vie. Il faut cependant faire attention qu'une telle évolution des mandats conférés aux organismes d'écoute et à leur bénévole pourrait également imposer une pression supplémentaire aux bénévoles qui n'auraient plus comme mandat uniquement d'écouter mais bien maintenant d'intervenir sur des problématiques ciblées avec des objectifs

de changements formalisés dans un plan. Le profil des bénévoles recrutés devrait certainement prendre en considération ces nouveaux besoins avec tous les risques de glissement vers la professionnalisation du bénévolat que cela implique.

Une chose nous apparaît évidente cependant, peu importe l'approche que l'on va retenir pour soutenir les organismes et aux bénévoles des centres d'écoutes téléphoniques, il s'avère nécessaire de faire des recherches plus poussées sur les besoins particuliers des appelants réguliers. Ces derniers présentent des profils différents en plus de vivre un niveau de détresse psychologique tel qu'il devient impératif de mieux documenter les conditions de vie et les besoins particuliers qu'ils vivent.

Références

- Aubry T., Lebel M., Hodgson S., & Bouchard D. (2005). *Élaboration d'un système d'évaluation interne des services d'écoute téléphonique du Distress Centre Of Ottawa And Region et de Tel-Aide Outaouais-Rapport Final*. Université d'Ottawa.
- Ben-Ari A. & Azaiza F. (2003). Effectiveness of help lines among the sociopolitical minorities: A view from both sides of the line, *Families in Society*, 84(3): pp. 417-422.
- Bleach G., & Claiborn W.L. (1974). Initial evaluation of Hot-Line telephone crisis centers, *Community Mental Health Journal*, 10(4): pp.387-394.
- Bobevski I., Holgate A.M. (1997). Characteristics of effective telephone counselling skills, *Journal of Guidance & Counselling*, 25(2): pp. 239-250.
- Coman G.J., Burrows G.D., & Evans B.J. (2001). Telephone counselling in Australia : applications and considerations for use, *British Journal of Guidance & Counselling*, 29(2): pp.247-258.
- Datto C.J., Thompson R., Horwitz D., Disbot M, & Olsin D.W. (2003). The pilot study of a telephone disease management program for depression. *General Hospital Psychiatry*, 25: pp. 169-177.
- Dew M.A., Bromet E.J., Brent D., & Greenhouse J.B. (1987). A quantitative literature review of the effectiveness of suicide prevention centers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2): pp. 239-244.
- Echterling L.G. & Hartsough D.M. (1989). Phases of helping in successful crisis telephone calls, *Journal of community psychology*, vol. 17, pp. 249-257.
- Goldberg D. *General Health Questionnaire (GHQ-12)*. Windsor, UK : NFER-Nelson 1992.
- Hunkeler E.M., Meresman J.F., Hargreaves W.A., et al. (2000). Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care, *Archives of family medicine*, 9: pp. 700-708.
- Hunt P.A. (1993). Rateline: An evaluation of a telephone helpline counselling service service for marital problems. *British Journal of Guidance & Counselling*, 21(3): pp. 277-290.

- King R., Nurcombe B.B., Leonard H., & Leanne R.W. (2003). Telephone counselling for adolescent suicide prevention: Changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counselling sessions, *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 33(4): pp. 400-411.
- Kinsel A., & Nanson J. (2000). Educating and debriefing: stratégies for preventing crises in crisis-line volunteers, *Crisis*, 21(3): pp. 126-134.
- Ko S-M., & Lim H.B.L. (1996). SAGE Telephone Counseling, *Stress Medecine*, vol. 12, pp. 261-265.
- Lapointe-G R. (2004). « *Est-ce que je peux vous aider?* » *Considérations sur l'organisation des services d'aide téléphonique (SAT) d'organismes communautaires*, Beauport, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale, Direction régionale de santé publique, 83 p. et ann.
- Larsen D.L., Attkisson C.C., Hargreaves W.A., & Nguyen T.D. (1979). Assessment of client-patient satisfaction: Development of a general scale, *Evaluation and Program Planning*, 2: pp. 197-207.
- Larson L.M., Suzuki A.L., Gillespie K.N, Potenza M.T., Bechtel M.A., & Toulouse A.L. (1992). Development and validation of the Counseling Self-Estimate Inventory, *Journal of Counseling Psychology*, 1: pp. 105-120.
- Lazar A. & Erera P.I. (1998). The telephone helpline as social support, *International Social Work*, 41: pp. 89-101.
- Leach L.S., & Christensen H. (2006). A systematic review of telephone-based interventions for mental disorders, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12: pp. 122-129.
- Leising P. (1985). The negative effects of the obscene telephone caller upon crisis intervention services, *Crisis Intervention*, 14: pp. 84-100.
- Lester D. et Brockopp G.W. (1970). Chronic callers to a suicide prevention center, *Community Mental Health Journal*, 6(3): pp. 246-250.
- Lester D. (2002). *Crisis intervention and counseling by telephone*, Charles C. Thomas Publisher LTD, Springfield.
- McCarthy P.R., Reese R.G., et Robin G. (1990). Crisis intervener perceptions of the stressfulness of caller problems. *Document présenté à la 98^{ème} convention annuelle de l'association américaine de psychologie*, Boston.
- Mishara B.L., & Giroux G. (1993). The relationship between Coping Strategies and Perceived Stress in Telephone Intervention Volunteers at a Suicide Prevention Center, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(3): pp. 221-229.

- Mishara B.L., & Daigle M. (1995). *Étude du processus et des effets des interventions téléphoniques dans deux centres de prévention du suicide*, Rapport de recherche final pour le CQRS, Montréal, UQAM.
- Mishara B.L., & Daigle M.S. (1997). Effects of different telephone intervention styles with suicidal callers at two suicide prevention centers: an empirical investigation, *American Journal of Community Psychology*, 25(6): pp. 861-885.
- O'Donnell J.M. & George K. (1977). The use of volunteers in a community mental health center emergency and reception service: A comparative study of professional and lay telephone counseling, *Community Mental Health Journal*, 13(1): pp. 3-12.
- Ormond K.E., Haun J., Cook L., Duquette D., Ludowese C., & Matthews A.L. (2000). Recommendations for the telephone counselling, *Journal of Genetic Counseling*, 9(1): pp. 63-71.
- Reese R.J., Conoley C.W., & Brossart D.F. (2006). The attractiveness of telephone counseling: An empirical investigation of clients perceptions, *Journal of Counseling & Development*, 84: pp.54-60.
- Roberts A.R. (1995). *Crisis intervention and time-limited cognitive treatment*, Sage publications inc.
- Slaikue K.A., & Willis M.A. (1978). Caller feedback on counselor performance in telephone crisis intervention: A follow-up study, *Crisis Intervention*, 9: pp. 42-49.
- Stein D.M. & Lambert M.J. (1984). Telephone counseling and crisis intervention: a review, *American Journal of Community Psychology*, 12: pp. 101-126.
- Tutty S., Simon G., & Ludman E. (2000). Telephone counselling as an adjunct to antidepressant treatment in the primary care system: A pilot study, *Effective Clinical Practice*, 3: pp. 170-178.
- Young R. (1989). Helpful behaviors in the crisis center call, *Journal of community psychology*, 17: pp. 70-77.

Tableau 1

Niveau de satisfaction des appelants au temps 1 quant à la correspondance entre leurs besoins et les réponses offertes à l'intérieur des interventions téléphoniques reçues selon le sexe, l'âge, la perception du revenu, la scolarité, et le type d'appelant (N=194) (en pourcentage)

Variables	Âge			Perception du revenu		Niveau de scolarité atteint			Type d'appelant	
	18-30 ans (n=11)	31-54 ans (n=104)	55 ans et plus (n=66)	À l'aise/ Suffisant (n=86)	Pauvre/ Très pauvre (n=97)	IV et – (n=50)	DES/ DEP (n=66)	DEC/ Uni. (n=67)	Non-Assidu (n=14)	Assidu (n=180)
Service a aidé à résoudre des difficultés										
<i>Oui</i>	81,8	90,3	96,9	93,0	89,6	85,7	95,4	92,5	92,8	90,4
<i>Non</i>	18,2	9,7	3,1	7,0	10,4	14,3	4,6	7,5	7,2	9,6
A reçu le genre de service espéré										
<i>Oui</i>	72,7	97,1	97,0*	96,5	95,9	92,0	98,5	97,0	92,8	95,5
<i>Non</i>	27,3	2,9	3,0	3,5	4,1	8,0	1,5	3,0	7,2	4,5
Qualité du service reçu										
<i>Excellente</i>	54,5	72,1	71,0	74,4	66,1	72,0	66,7	73,1	71,4	68,5
<i>Bonne</i>	27,3	23,1	27,4	22,1	28,8	22,0	27,3	25,4	28,6	27,0
<i>Passable/Médiocre</i>	18,2	4,8	1,6	3,5	5,1	6,0	6,0	1,5	0,0	4,5
Service a répondu aux besoins des appelants										
<i>Presque tous les besoins</i>	27,3	31,7	41,9	38,4	32,0	46,0	36,4	26,9	28,6	34,3
<i>Plupart des besoins</i>	45,5	44,2	41,9	47,7	40,1	34,0	43,9	50,7	42,9	43,2
<i>Seulement quelques uns</i>	18,2	22,2	16,2	12,8	25,8	18,0	18,2	20,9	28,5	20,8
<i>Aucun des besoins</i>	9,0	1,9	0,0	1,1	2,1	2,0	1,5	1,5	0,0	1,7

* 0,005

Tableau 2
Caractéristiques des services d'aide téléphonique appréciées par les répondants en fonction du sexe, de l'âge, de la perception des ressources financières, de la scolarité et du type d'appelant (N=194) (en pourcentage)

Variables	Sexe (N=181)		Âge (N=176)		Perception des ressources financières (N=183)		Niveau de scolarité atteint (N=183)		Type d'appelant (N=194)	
	Homme (n=81)	Femme (n=100)	54 ans et moins (n=114)	55 ans et plus (n=62)	À l'aise/ Suffisant (n=86)	Pauvre/ Très pauvre (n=97)	Secondaire IV et – (n=116)	Diplôme d'études post- secondaire (n=67)	Non-Assidu (n=14)	Assidu (n=180)
Caractéristiques appréciées du service										
<i>Écoute inconditionnelle et empathique</i>	74,1	67,0	68,4	75,8	66,3	70,1	70,7	64,2	57,1	66,1
<i>Rétroactions et réconfort</i>	42,0	50,0	38,6	45,2	40,7	38,1	35,3	46,3	50,0	37,2
<i>Disponibilité et accessibilité</i>	14,8	22,0	21,1	11,3	15,1	19,6	13,8	20,9	21,4	17,2
<i>Moment propice à l'expression émotionnelle</i>	13,6	17,0	14,0	12,9	11,6	15,5	12,1	13,4	14,2	14,4
<i>Permet de briser l'isolement</i>	13,6	17,0	7,9	14,5	7,0	12,4	9,5	10,4	14,3	8,9
<i>Temps alloué par appel</i>	8,6	11,0	12,3	4,8	10,5	8,3	12,9	3,0	14,3	8,6
<i>Anonymat et confidentialité</i>	7,4	10,0	7,9	11,3	10,5	7,2	8,6	7,5	7,1	8,3
<i>Ouverture d'esprit</i>	4,9	4,0	4,4	4,8	4,7	4,1	5,2	3,0	0,0	4,4
<i>Diversité des bénévoles disponibles</i>	3,7	3,0	4,4	1,6	0,0	6,2	2,6	4,5	0,0	3,3
<i>Ouverture à d'autres possibilités de voir le monde</i>	2,5	7,0	4,4	6,5	7,0	3,1	5,2	4,5	0,0	5,0
<i>Ouverture à soi</i>	0,0	3,0	0,8	3,2	1,2	2,1	1,7	1,5	0,0	1,6
<i>Pas de réponse</i>	2,5	0,0	0,9	0,0	0,0	3,1	0,0	1,5	0,0	1,1

* Il est à noter que les appelants pouvaient rapporter plus d'une caractéristique qu'ils appréciaient des services d'aide téléphonique. Par conséquent, les pourcentages apparaissant à l'intérieur de ce tableau peuvent excéder le pourcentage total des appelants pour chacune des variables présentées.

Tableau 3
Niveau de satisfaction des appelants à l'égard des services d'aide téléphonique reçus trois semaines après l'appel initial (N=80)

Variables	(n=)	(%)
Service a aidé à résoudre des difficultés		
<i>Oui</i>	72	90,0
<i>Non</i>	8	10,0
Qualité du service reçu		
<i>Excellente</i>	44	55,0
<i>Bonne</i>	27	33,8
<i>Passable/Médiocre</i>	9	11,2
Service a répondu aux besoins des appelants		
<i>Presque tous les besoins</i>	34	42,5
<i>Plupart des besoins</i>	31	38,8
<i>Seulement quelques uns</i>	12	15,0
<i>Aucun des besoins</i>	3	3,7
Service a changé la façon de voir la situation-problème chez les appelants		
<i>Oui</i>	60	75,9
<i>Non</i>	15	19,0
<i>Ne sait pas</i>	4	5,1
Service a aidé a aidé les appelants à déployer certaines actions face à leurs difficultés		
<i>Oui</i>	53	66,2
<i>Non</i>	22	27,5
<i>Ne sait pas</i>	5	6,3

Tableau 4
Perceptions des écoutants quant aux changements dans l'état de santé psychologique en fonction du sexe des appelants ayant participé aux différents volets de la collecte des données (en pourcentage)

Variables	Appelants du temps 0 (n=1648)			Appelants du temps I (n=194)			Appelants du temps II (n=80)		
	Hommes (n=720)	Femmes (n=918)	Total (n=1638)	Hommes (n=81)	Femmes (n=100)	Total (n=181)	Hommes (n=38)	Femmes (n=42)	Total (n=80)
Estimation de l'état de santé psychologique des appelants									
Humeur dépressive									
<i>a diminué</i>	34,2	32,3	33,2	49,4	41,3	44,8	53,0	46,3	49,3
<i>est restée stable</i>	64,8	66,3	65,7	50,6	56,7	54,1	47,0	48,8	48,0
<i>a augmenté</i>	1,0	1,4	1,1	0,0	2,0	1,1	0,0	4,9	2,7
Niveau d'anxiété									
<i>a diminué</i>	42,2	46,2	44,4	50,6	50,5	50,5	38,2	68,3	54,7*
<i>est restée stable</i>	56,8	52,6	54,5	45,7	49,5	47,9	58,9	31,7	44,0
<i>a augmenté</i>	1,0	1,2	1,1	3,7	0,0	1,6	2,9	0,0	1,3
Urgence suicidaire									
<i>a diminué</i>	5,9	4,4	5,0	12,7	3,8	7,6*	12,1	4,9	8,1
<i>est restée stable</i>	93,0	95,4	94,5	86,1	96,2	91,9	84,9	95,1	90,5
<i>a augmenté</i>	1,0	0,5	0,5	1,2	0,0	1,5	3,0	0,0	1,4
* 0,05									