

Une méta-analyse sur les résultats immédiats des services d'aide téléphonique

Myriam Lebel

Thèse soumise à la

Faculté des études supérieures et postdoctorales

dans le cadre des exigences du programme de maîtrise en psychologie expérimentale

École de psychologie

Université d'Ottawa



uOttawa

© Myriam Lebel, Ottawa, Canada, 2013

Résumé

Les services d'aide téléphonique (SATs) offrent une aide accessible, gratuite en temps opportun aux individus vivant un état de vulnérabilité. Les chercheurs, les évaluateurs et les administrateurs d'organismes offrant des services d'aide téléphonique s'intéressent de plus en plus aux résultats immédiats des SATs, non seulement en raison de la place qu'ils occupent dans le système de santé mentale et de services communautaires actuels et de la clientèle qu'ils desservent, mais aussi en raison de la rareté des ressources disponibles caractérisant le contexte sociopolitique actuel. À ce jour, il n'existe aucune synthèse quantitative de l'ampleur de l'effet proximal des SATs.

Le présent ouvrage constitue la première méta-analyse portant sur les résultats immédiats des SATs auprès de leur clientèle. Cette méta-analyse permet de dresser un portrait quantitatif de l'ampleur de l'effet des SATs sur leurs appelants pour différentes catégories de résultats immédiats (c'est-à-dire pour les « domaines de santé mentale » et le « type d'approche évaluative »). Elle permet également d'explorer les variables modératrices potentielles (liées à l'intervention, à la clientèle et à la méthodologie de l'évaluation) qui pourraient influencer l'ampleur de l'effet qu'ont les SATs sur leurs clients.

Treize études répondent aux critères d'inclusion, c'est-à-dire qu'elles portent sur des interventions téléphoniques ponctuelles livrées par les intervenants (bénévoles ou rémunérés) d'un SAT œuvrant en santé mentale et qu'un changement cognitif, affectif ou comportemental est mesuré chez les clients au début et à la fin de l'intervention à l'aide du même outil de mesure. Des tailles d'effet g sont calculées pour chaque résultat ou type de résultats en utilisant un modèle statistique d'effets aléatoires.

Les SATs améliorent grandement l'état de santé psychologique de leurs clients ($g = 0,913$). Ils améliorent modérément le fonctionnement ($g = 0,540$) et le niveau de sécurité ($g = 0,458$) de leurs clients. Les SATs ont un effet tout aussi grand pour accroître les forces de leurs clients ($g = 0,558$) que pour réduire leurs problèmes ou leurs déficits ($g = 0,498$). Des facteurs modérateurs ont été examinés pour expliquer l'hétérogénéité de la distribution des tailles d'effet de l'état de santé psychologique et du niveau de sécurité.

Le type d'intervenant (« bénévole/non professionnel » ou « rémunéré/professionnel ») modère l'effet des SATs sur le niveau de sécurité de leurs clients ($Q_{between} = 21,611$, $df = 1$, $p < 0,001$), mais pas sur leur état de santé psychologique. Les SATs améliorent davantage l'état psychologique et le niveau de sécurité des appelants suicidaires que ceux des appelants non suicidaires ($Q_{between[État\ de\ santé\ psychologique]} = 57,001$, $df = 1$, $p < 0,001$; $Q_{between[Sécurité]} = 4,856$, $df = 1$, $p = 0,028$). Plus les échantillons des études comprennent de femmes, plus les tailles d'effet des SATs quant au niveau de sécurité augmentent ($Q_{Model} = 10,571$, $df = 1$, $p < 0,002$). Le fait qu'un intervenant observe l'appelant pour recueillir des données évaluatives plutôt que de s'adresser directement à ce dernier en lui posant des questions n'influence pas l'ampleur des changements d'état de santé psychologique ou du niveau de sécurité observés. Le fait d'avoir recours à un intervenant plutôt qu'à un chercheur indépendant pour recueillir les données évaluatives n'influence pas l'ampleur des changements d'état de santé psychologique mesurés, mais il accroît l'ampleur des changements du niveau de sécurité rapportés ($Q_{between[Sécurité]} = 37,127$, $df = 1$, $p < 0,001$).

Les informations générées par cette méta-analyse, malgré les limites y étant associées, ont d'importantes implications pour l'étude, l'évaluation et l'offre des services d'aide téléphonique.

Table des matières

Remerciements	VIII
Une méta-analyse sur les résultats immédiats des services d'aide téléphonique	1
Type d'intervenants.....	6
Caractéristiques des appelants.....	8
Le niveau de suicidabilité de l'appelant.....	8
Le type d'appelant – chronique ou non.....	10
Le sexe de l'appelant.....	11
Méthode de collecte de données	12
Recensions systématiques sur les SATs.....	13
Enquêtes	13
Une recension qualitative de l'efficacité des intervenants œuvrant au sein des SATs	14
Deux recensions qualitatives récentes de l'efficacité des SATs	15
Recension quantitative de l'efficacité des SATs.....	16
Objectif et questions de recherche	17
Contributions de la méta-analyse	19
Méthode.....	19
Sélection des études	20
Critères d'inclusion	20
Critères d'exclusion	21
Analyses des variables dépendantes.....	22
Domaines de résultats en santé mentale.....	22
Approche évaluative centrée sur les forces ou sur les déficits.....	24

Analyses des variables modératrices.....	24
Stratégies de recherche d'études	27
Bases de données électroniques	27
Moteur de recherche.....	28
Consultation de la liste de références des études récupérées	28
Sollicitation d'individus et d'organisations	28
Procédure de codification des études	29
Unité d'analyse.....	30
Méthodes statistiques	30
Calculs statistiques pour chaque étude.....	31
Calcul de la taille d'effet pour une combinaison d'études et statistiques associées	32
Résultats	34
Caractéristiques des études	34
1. Quel est l'effet immédiat des interventions téléphoniques prodiguées par les SATs sur les appelants ?	39
1a. Quel est l'effet immédiat des interventions téléphoniques prodiguées par les SATs sur les appelants si on catégorise les résultats en fonction du domaine de résultats en santé mentale ?	40
1b. Quel est l'effet immédiat des interventions téléphoniques prodiguées par les SATs sur les appelants si on catégorise les résultats en fonction d'une approche évaluative centrée sur les déficits ou d'une autre centrée sur les forces ?.....	41
2. Que sait-on des facteurs pouvant modérer la relation entre les interventions téléphoniques et les résultats obtenus, pour ce qui est de l'effet immédiat des SATs ?	42

2a. Est-ce que l'ampleur de l'effet des SATs dépend du type d'intervenant prenant l'appel ?	42
2b(i). Est-ce que l'ampleur de l'effet des SATs dépend de la « suicidabilité » de l'appelant ?	44
2b(ii). Est-ce que l'ampleur de l'effet des SATs dépend du sexe des appelants ?	45
2c(i). Est-ce que l'ampleur de l'effet des SATs dépend de la façon dont les données ont été recueillies auprès des appelants, c'est-à-dire... si c'est l'intervenant ayant répondu à l'appel d'aide ou si c'est un chercheur indépendant qui recueille les données auprès de l'appelant ?	46
2c(ii). Est-ce que l'ampleur de l'effet des SATs dépend de la façon dont les données ont été recueillies auprès des appelants, c'est-à-dire... en s'adressant à l'appelant plutôt qu'en l'observant ?	47
Discussion	48
Domaine de résultats en santé mentale	49
L'approche évaluative	50
Facteurs modérateurs de l'ampleur de l'effet des SATs	54
Limites de la présente méta-analyse	58
Système de codification	59
Examen critique de la qualité des études	59
Type de devis de recherche des études incluses	60
Menaces à la validité interne et attribution des résultats observés	61
Conclusion	64
Références	66

Annexe A : Formulaire d'extraction et de codification d'informations.....	74
Annexe B : Effet immédiat des SATs en fonction du domaine de résultats en santé mentale	83
Annexe C : Effet immédiat des SATs en fonction de l'approche évaluative.....	90

Liste des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des études portant sur les services d'aide téléphonique	36
Tableau 2: Caractéristiques des résultats mesurés	38
Tableau 3: Taille d'effet moyenne associée à chaque type de résultats.....	40
Tableau 4: Taille d'effet moyenne pour chaque catégorie des Domaines de résultats en santé mentale	41

Liste des figures

Figure 1 : Méta-régression du lien entre le sexe des appelants et l'ampleur de la taille d'effet des SATs pour l'État de santé psychologique.....	45
Figure 2: Méta-régression du lien entre le sexe des appelants et l'ampleur de la taille d'effet des SATs pour le niveau de Sécurité.....	46
Figure 3: Devis expérimental pour procéder à l'évaluation des SATs	63

Remerciements

En préambule à cette thèse, je souhaite adresser mes remerciements les plus sincères aux personnes qui m'ont apporté leur aide et leur soutien durant l'élaboration de cette thèse mais aussi plus globalement tout au long de mon cheminement universitaire à l'Université d'Ottawa.

Je tiens à remercier tout particulièrement mon directeur de thèse, le Dr Tim Aubry, pour sa chaleureuse présence, ses judicieux conseils, son aide et le temps qu'il a bien voulu me consacrer tout au long de la réalisation de cette thèse. Cela fut pour moi un privilège que d'avoir cheminé sur les plans tant académique que professionnel pendant plus d'une décennie auprès d'un chercheur qui personnifie si magnifiquement les valeurs et les principes de la psychologie communautaire. Le respect, la justice, l'inclusion, la collaboration, l'*empowerment* et l'efficacité ont teinté chaque projet de recherche et d'évaluation que j'ai réalisé à ses côtés pour améliorer le sort des populations vulnérables, incluant celle faisant l'objet de cette thèse.

Je remercie infiniment le Dr Robert Flynn et le Dr Patrick Gaudreau de m'avoir fait l'honneur d'être membre de mon comité de thèse. Leur grande expertise, leur soutien ainsi que leurs commentaires, questions et suggestions ont non seulement ajouté une grande valeur à mon travail, mais ils ont également permis de rendre chaque étape du processus de thèse aussi enrichissante qu'agréable.

Je remercie Dwayne Schindler, membre du corps professoral de l'École de psychologie, pour ses précieux conseils en statistiques. Je remercie également Mireille Côté, membre du personnel du secrétariat de l'École de psychologie, pour sa présence

bienveillante et sa façon très agile de s'assurer que la bureaucratie universitaire soit au service de chaque étudiant.

Enfin, j'adresse mes plus sincères remerciements à tous mes proches et amis, qui m'ont toujours soutenue et encouragée au cours de la réalisation de cette thèse et de mes études universitaires. Mes remerciements s'adressent à Aline Chalifoux pour son écoute intéressée et ses encouragements. Ils s'adressent aussi à Benjamin Nsoga qui a eu la grande gentillesse de lire et de corriger ce texte. Je tiens à souligner que ce travail de thèse n'aurait jamais vu le jour sans le soutien inconditionnel des membres de ma famille et plus particulièrement celui de ma mère. Merci maman de ton incroyable soutien et de la façon toute particulière que tu as de m'aider à donner le meilleur de moi-même.

Une méta-analyse sur les résultats immédiats des services d'aide téléphonique

Depuis plus de 50 ans maintenant, des millions d'individus à travers le monde bénéficient de services d'aide téléphonique (SATs) en cas de besoin (Kalafat, Gould, Harris Munfakh, & Kleinman, 2007). Bien souvent instaurés par des organismes communautaires œuvrant en santé mentale ou en prévention du suicide (Lapointe-Goupil, 2004), les SATs constituent une aide ponctuelle, gratuite, accessible et confidentielle offerte aux individus vivant toutes sortes de situations problématiques. Bien que les types d'interventions réalisées dans les SATs varient selon le mandat du SAT, les valeurs ou le modèle d'intervention auxquels la direction du SAT souscrit, elles consistent souvent en une série d'étapes. Parmi ces étapes, on compte souvent l'établissement d'un lien de confiance entre l'individu offrant l'aide téléphonique (ci-après nommé l'intervenant) et le client (ci-après nommé l'appelant), l'identification du problème (incluant l'évaluation du risque de suicide), l'exploration des sentiments, l'exploration du répertoire de stratégies pour faire face au problème, et le développement de pistes de solutions alternatives (Kalafat, 2002).

Même si certaines typologies existent à leur sujet, un flou demeure quant aux caractéristiques distinctives réelles entre les différents types de SATs. Par exemple, dans la typologie établie par Lapointe-Goupil, les SATs *généralistes* offrent du soutien aux individus vivant des problématiques psychosociales. Les SATs de *crise* ont comme mandat d'offrir un soutien aux individus vivant des problèmes urgents tels que les tentatives de suicide (Lapointe-Goupil, 2004). Dans les faits toutefois, les appelants des SATs généralistes comme ceux faisant partie du réseau de l'Association des centres d'écoute téléphonique du Québec ne diffèrent pas fondamentalement de ceux contactant un SAT de crise du réseau des Centres de Détresse (*Distress Centre*) de l'Ontario (Aubry, Lebel, Hodgson, & Bouchard,

2005). Par exemple, la clientèle de ces deux réseaux se répartie de façon relativement similaire en groupes d'appelants appelant la ligne pour la toute première fois et d'autres groupes d'appelants plaçant des appels occasionnellement ou très fréquemment. Le pourcentage de clientèle suicidaire ne varie pas foncièrement non plus, se limitant souvent au maximum à 10 % des appels placés annuellement à la ligne téléphonique (Brockopp, 2002a; Strohl, 2005). Les appelants sont plus souvent des femmes (Brockopp, 2002a).

Les SATs se distinguent difficilement quant aux objectifs visés auprès de leur clientèle. En réalité, ces objectifs ne sont pas clairement stipulés (Lester, 2002b). Pour certains SATs, l'objectif principal à accomplir est explicité dans leur nom. Pensons par exemple à la ligne 1-800-SUICIDE qui reflète la vocation de la ligne à prévenir le suicide. Pour d'autres, l'objectif se retrouve dans l'énoncé de mission du SAT figurant sur le site Web ou autre médium de communication de l'information. Dans tous les cas, les éléments d'objectifs que l'on peut récupérer témoignent du fait que les SATs ont des objectifs généraux et plutôt vagues selon les conventions en évaluation de programmes (Poister, 2003). Certains cherchent à accroître la qualité de vie de leurs appelants. D'autres désirent offrir une présence chaleureuse aux appelants, soulager leur détresse et les aiguiller en leur donnant des références pertinentes aux problématiques exprimées lors de l'appel. D'autres encore visent à réduire l'impact des éléments cognitifs et affectifs dysfonctionnels présents chez l'individu en état de crise, diminuer l'emploi de stratégies d'adaptation inefficaces, et les aider à l'élaboration d'un plan pour gérer la situation problématique (Kalafat, et al., 2007).

Malgré ces flous conceptuels, il n'en demeure pas moins que les SATs jouent un rôle important dans la communauté. Ils offrent un service accessible en temps opportun à des

milliers d'individus dans le monde au moment ou à une période de leur vie où ces derniers sont vulnérables et où ils ne croient pas posséder les ressources nécessaires pour gérer leur situation. Le cadre stratégique dont s'est doté le Canada (Commission de la santé mentale du Canada, Novembre 2009) discute de la place des services communautaires tels que le soutien par les pairs offerts dans le système de santé mentale canadien. On conçoit que ces services ont un rôle à jouer pour permettre aux personnes vivant avec des troubles mentaux ou une maladie mentale d'être activement engagées dans leur processus de rétablissement et d'atteinte du bien-être. Les services communautaires offerts par les pairs font aussi partie d'un système de santé mentale permettant aux personnes d'avoir un « accès équitable et opportun à des programmes, des services, des traitements et des formes de soutien appropriés, efficaces et véritablement intégrés qui tiennent compte de leurs besoins » (Commission de la santé mentale du Canada, Novembre 2009).

Étant donné le rôle qu'ils jouent auprès des individus fragilisés, mais aussi étant donné le contexte socioéconomique caractérisé par la compétitivité et la rareté des ressources allouées à la santé mentale, les organisations offrant des services d'aide téléphonique sont appelés de plus en plus à évaluer l'efficacité de leurs SATs. Pour découvrir si un programme ou un service est *efficace*, on doit déterminer s'il atteint les objectifs qu'il cherche à atteindre auprès de ses clients (McDavid & Hawthorn, 2006, p. 19). Dans le cas d'un SAT, on veut savoir si les *résultats obtenus* auprès des appelants grâce aux interventions téléphoniques effectuées par les intervenants des SATs correspondent aux *objectifs visés* par ces derniers. À défaut d'avoir des objectifs visés clairement définis, il est tout de même possible d'examiner les résultats obtenus par les SATs.

De façon générale, les *résultats* sont des changements d'attitudes ou de comportements, ou encore un changement au niveau des connaissances, des compétences, du statut ou du fonctionnement des individus auxquels on s'attend suite à l'exposition aux activités d'un programme (W.K. Kellogg Foundation, 2004, p. 8). Les *résultats à court terme* correspondent aux changements ou aux bénéfices engendrés directement par les interventions et qui surviennent pendant ou immédiatement après l'intervention (Wholey, Hatry, & Newcomer, 2004, p. 9). Les *résultats intermédiaires* sont les changements ou bénéfices découlant des résultats à court terme et qui se manifestent quelques temps après l'intervention (Wholey, et al., 2004, p. 9). Les résultats à court ou moyen terme se distinguent des *résultats à long terme*. Ces derniers correspondent aux changements ou bénéfices découlant des résultats intermédiaires. Ils s'expriment souvent au niveau d'une organisation, d'une communauté ou d'un système, plutôt qu'au niveau individuel (W.K. Kellogg Foundation, 2004, p. 8).

Dans le cas de l'évaluation d'un SAT, les *résultats à court terme* correspondent aux changements ou aux bénéfices causés par l'intervention téléphonique et se produisant chez l'appelant durant l'appel d'aide ou immédiatement après. On mesure donc un résultat immédiat d'un SAT en comparant la situation de l'appelant avant ou au tout début de l'intervention téléphonique, puis dans un second temps à la fin ou immédiatement après l'intervention (Gould, Kalafat, Harris Munfakh, & Kleinman, 2007; Kalafat, et al., 2007; Mishara & Daigle, 1997). Comme les interventions téléphoniques sont assez courtes (environ 20 à 30 minutes), il est raisonnable de penser que les changements dans l'état de l'appelant entre le début et la fin de l'appel d'aide peuvent être attribués à l'intervention plutôt qu'à d'autres facteurs (historique, changement de la maturité de la personne, etc.).

L'évaluation de *résultats intermédiaires* d'un SAT pose un plus grand défi conceptuel et opérationnel. Tout d'abord, un résultat intermédiaire correspond à un changement qui se manifesterait quelques temps après l'appel d'aide. Les SATs pourraient exercer un effet intermédiaire sur leurs appelants grâce à des facteurs médiateurs tels que la réduction de la détresse lors de l'appel d'aide initial (qui permettrait par la suite à l'appelant de voir plus clairement sa situation-problème et d'y réagir de manière plus appropriée ou efficace) ou l'élaboration d'un plan d'action lors de l'appel qui, lorsque mis en application, génère d'autres bienfaits chez l'appelant. Les résultats intermédiaires observés pourraient être la conséquence de variables médiatrices. Ils pourraient aussi être une indication de la durée de l'effet immédiat (Gould, et al., 2007). Une autre possibilité bien réelle est que les résultats intermédiaires soient causés par une multitude d'évènements survenus entre le moment où l'individu a placé l'appel et celui où il fait le suivi, évènements qui n'ont absolument rien à voir avec l'intervention reçue.

Bien des études ont porté sur les SATs en général, mais le nombre d'études portant sur les résultats atteints auprès des appelants est plus restreint. Par exemple, plusieurs chercheurs ont dressé un portrait des utilisateurs des SATs : leurs caractéristiques démographiques, le type de problématiques qu'ils vivent, leur état de santé mentale, etc. (Burgess, Christensen, Leach, Farrer, & Griffiths, 2008; Leung & Wong, 2005). Plusieurs évaluations des SATs ont porté sur la qualité de prestation du service, c'est-à-dire sur la qualité des interventions téléphoniques effectuées et les conditions mises en place par l'intervenant lors de l'appel d'aide (climat de confiance, d'ouverture, d'acceptation, etc.) (Kalafat, et al., 2007). D'autres chercheurs se sont penchés sur les changements du taux de suicide chez des communautés cibles, le taux de satisfaction des appelants, ainsi que le taux

d'utilisation du SAT ou le taux d'utilisation des références qui ont été données à l'appelant lors de son appel initial (Mishara, et al., 2007).

Ce n'est qu'au cours des 15 à 20 dernières années que les chercheurs se sont penchés plus précisément sur les résultats survenus chez les appelants pendant ou suite à leur appel. Les études ou les évaluations existantes n'utilisent pas des devis de recherche très rigoureux. Cela s'explique par le fait que l'étude de l'efficacité des SATs est marquée par de nombreuses difficultés pratiques (ex. manque de ressources des organismes communautaires pouvant être allouées à l'évaluation plutôt qu'à l'offre des services), méthodologiques (ex. manque d'outils standardisés pouvant détecter des changements se produisant dans un très court laps de temps) et éthiques (ex. justifier l'utilisation d'un groupe contrôle chez une population à risque et vivant une grande détresse).

Différents enjeux ressortent de la gamme d'études portant sur l'effet des SATs chez leurs appelants. Certains d'entre eux portent sur les caractéristiques des intervenants qui prennent les appels d'aide. D'autres ont à voir avec les caractéristiques des appelants. D'autres encore se rapportent à la façon dont les données ont été recueillies auprès des appelants, c'est-à-dire l'outil de mesure choisi. Nous aborderons ces enjeux à tour de rôle.

Type d'intervenants

Le groupe d'intervenants œuvrant au sein d'un SAT est organisé en fonction de deux dimensions : la dimension « professionnels – non professionnels » et la dimension du travail « bénévole – rémunéré » (McCloskey, 2002). La première dimension consiste à différencier les intervenants en fonction de s'ils sont des professionnels (c.-à-d. qu'ils ont reçu une formation dans une profession d'aide en santé mentale telle que la psychiatrie, la psychologie, ou le travail social) ou s'ils sont des gens « non professionnels » issus de la

communauté. Les opinions sur la question sont très partagées. Certains croient que les intervenants « non professionnels » sont les mieux placés pour offrir des services de crise par téléphone. Les arguments offerts en ce sens sont que dans les cas où l'appelant est en crise ou en crise suicidaire, il a besoin de l'aide accessible et immédiate d'un intervenant engagé et chaleureux qui saura le diriger doucement mais fermement. Ces comportements ne font pas partie du répertoire d'un professionnel lorsqu'il agit en ses qualités de « professionnel » (Richard K. McGee & Jennings, 2002). D'autres sont plutôt d'avis que les intervenants « professionnels » offrent un service d'aide téléphonique supérieur, mais qu'il est nécessaire de se replier sur l'emploi d'intervenants non professionnels dû à un manque de ressources (humaines et financières). Les « professionnels » ont l'avantage de pouvoir guider leurs interventions téléphoniques grâce aux principes théoriques qu'ils ont appris lors de leur formation professionnelle. Leurs habiletés à poser des diagnostics peuvent les aider à mieux évaluer la gravité de l'état de l'appelant et ainsi mieux déterminer les besoins de soutien de l'appelant (Brockopp, 2002b).

Echterling et Hartsough (1989; Echterling, Hartsough, & Don, 1981) ont trouvé suite à leur étude que les intervenants possédant une formation professionnelle (profession d'aide) ont autant de succès avec les appelants que les intervenants sans une telle formation pour la plupart des types de résultats mesurés (résultats « cognitifs » et « comportementaux »). Toutefois, pour les appels placés par des appelants chroniques, les intervenants professionnels intervenaient différemment des intervenants non professionnels. Ces différences d'interventions étaient associées à de meilleurs résultats « affectifs » auprès des appelants chroniques.

La deuxième dimension consiste à différencier les intervenants en fonction de s'ils font leur travail d'aidant à titre de bénévole ou s'ils reçoivent une rémunération. Cette deuxième dimension est fondamentalement différente de la première puisque : 1) des intervenants bénévoles peuvent être aussi des professionnels et inversement, 2) des intervenants rémunérés par un SAT peuvent ne pas avoir été formés dans une profession d'aide. Toutefois, dans la littérature scientifique, la dimension « professionnel – non professionnel » et la dimension « travail bénévole – rémunéré » sont souvent confondues (McCloskey, 2002). Par exemple, on parlera d'intervenants « bénévoles » par opposition aux intervenants « professionnels ». De plus, ce sont des informations concernant le continuum « bénévole-rémunéré » qui sont le plus souvent rapportées au sujet des intervenants, même si ce sont les informations concernant la formation (professionnelle ou non) des intervenants qui sont réellement pertinentes. Le fait de connaître le statut « bénévole – rémunéré » des intervenants n'est qu'un indicateur imparfait du nombre d'intervenants « non professionnels – professionnels ». Il n'existe que très peu de preuves empiriques soutenant qu'un groupe d'intervenants (par ex., les professionnels) fournit de meilleures interventions qu'un autre (par ex., les non professionnels) (Brockopp, 2002b).

Caractéristiques des appelants

Le niveau de suicidabilité de l'appelant. Une portion d'appels sont placés annuellement aux SATs par des individus suicidaires (Brockopp, 2002a). La suicidabilité des appelants est un concept composé de quatre facettes (Joiner, et al., 2007). Le *désir suicidaire* est caractérisé par exemple, par des idéations de l'individu de mettre fin à ses jours, par de la douleur psychologique, du désespoir ou de la résignation. La *capacité suicidaire* se reflète par exemple par le fait que l'individu a un historique de tentatives de suicide, qu'il possède

actuellement un moyen de se tuer ou qu'il est sous l'emprise de l'alcool. L'individu a des *intentions suicidaires* s'il exprime son intention de se tuer, s'il a élaboré un plan pour mettre fin à ses jours et/ou qu'il a déjà mis en action une partie de son plan, ou encore s'il est en train de tenter de se suicider. La présence d'*éléments* « *tampons* » vient dans certains cas diminuer la suicidabilité d'un individu : le soutien social perçu, le fait de se projeter dans le futur – d'exprimer des raisons de vivre dans le court ou le long terme, l'engagement de l'individu auprès de son aidant, et le fait de posséder des valeurs ou des croyances qui donnent un sens et un but à sa vie (responsabilités familiales, croyances religieuses).

Les premiers chercheurs ayant étudié la question de la suicidabilité des individus ainsi que celle de l'efficacité des SATs à prévenir le suicide se sont penchés sur le taux de suicide des communautés. Plus précisément, ils ont examiné le taux de suicide des communautés desservies par un SAT en le comparant dans le temps (avant et après l'instauration d'un SAT) ou en le comparant à celui d'une communauté similaire mais qui n'est pas desservie par un SAT (Barracough & Shea, 1970; Bridge, Potkin, Zung, & Soldo, 1977; Jennings, Barracough, & Moss, 1978; Leenars & Lester, 1995; Lester, Saito, & Abe, 1997; Medoff, 1986; Miller, Coombs, Leeper, & Barton, 1984). Le portrait de l'efficacité des SATs à prévenir le suicide découlant de ces études épidémiologiques est plutôt mitigé : tantôt les SATs n'ont pas d'effets sur le taux de suicide (Sainsbury, Wald, & Grad, 1966), tantôt un faible effet significatif est démontré (Lester, 1997). L'étude de l'efficacité des SATs grâce à l'examen de leur présence sur le taux de suicide est une entreprise aussi difficile qu'imprécise pour plusieurs raisons. L'une d'entre elles est que le suicide est un comportement à très faible occurrence et que le taux de suicide est influencé par une multitude de facteurs sociodémographiques, économiques, historiques et culturels.

Clairement, il est difficile d'isoler l'effet de l'instauration d'un SAT de l'effet de ces autres facteurs concomitants. Il est aussi difficile d'identifier des régions comparables à celles où un SAT a été implanté quant à tous les facteurs énumérés ci-dessus.

Plus récemment, des chercheurs ont examiné l'efficacité des SATs à prévenir le suicide en se penchant sur les changements de la suicidabilité des appelants du début à la fin de l'appel d'aide. Par exemple, Mishara et Daigle ont découvert que l'urgence suicidaire des appelants suicidaires diminuait du début à la fin de l'appel. Gould, Kalafat, Harris Munfakh et Kleinman (2007) ont trouvé que le désespoir des appelants suicidaires diminue du début à la fin de l'appel d'aide. Kalafat et al. (2007) ont quant à eux trouvé que le désespoir des appelants non suicidaires diminue du début à la fin de l'appel d'aide. Si les études actuelles effectuées auprès des appelants indiquent que les SATs ont un effet positif sur ces derniers, on ignore si les changements de suicidabilité sont plus importants chez les appelants suicidaires que sur les appelants non suicidaires.

Le type d'appelant – chronique ou non. Un sous-groupe important d'individus utilisant les services d'aide téléphonique place régulièrement des appels au SAT. On les nomme les « appelants chroniques » ou les « réguliers ». Ces derniers sont parfois considérés comme étant problématiques parce qu'ils engorgent les lignes du SAT et empêchent ainsi les appelants vivant une situation plus urgente de profiter de l'aide des intervenants. Plutôt que de les considérer comme une nuisance, on peut aussi considérer les appelants chroniques comme un « mal nécessaire », puisque s'ils ne recevaient pas le soutien d'un SAT, ces individus se rendraient probablement à l'urgence ou se rabattraient sur un autre service de santé.

Les appelants chroniques ne semblent pas différer des autres types d'appelants quant à leurs caractéristiques générales telles que le sexe, l'âge, le statut matrimonial, le nombre d'enfants, le style de vie (vivre seul ou avec d'autres personnes), l'historique de suicide ou encore la situation-problème rapportée lors de l'appel (Lester, 2002a; Lester & Brockopp, 1970). Ils sont parfois des individus qui ont entrepris une thérapie (ou un traitement quelconque) dans la période où ils placent des appels au SAT. De ceux-là, certains appellent le SAT pour se plaindre de ces services, alors que d'autres recherchent un appui du SAT dans leur traitement. D'autres appelants chroniques ne reçoivent apparemment aucun traitement psychiatrique ou thérapeutique (actuellement ou par le passé) et ils appellent le SAT pour ventiler et/ou pour renforcer leurs délires (Lester, 2002a).

Bien des SATs ont développé une méthode cohérente et systématique de répondre aux appelants chroniques. Par exemple, certains SATs possèdent un plan d'intervention pour chaque appelant chronique ou encore ils instaurent des règles d'utilisation individualisées qui encadrent les conversations téléphoniques des appels placés par des appelants chroniques : les intervenants imposent des limites quant à la durée de l'appel et/ou quant aux sujets pouvant être abordés par l'appelant. Actuellement, la littérature des SATs ne nous permet pas de comparer l'efficacité des SATs auprès de leurs différents groupes d'appelants, que ce soit des nouveaux appelants, des appelants occasionnels ou des appelants chroniques.

Le sexe de l'appelant. Le lien entre le sexe de l'appelant et l'efficacité du SAT à générer des changements positifs dans l'état de l'appelant n'a pas été étudié jusqu'à présent. Toutefois, des différences entre les sexes existent concernant l'utilisation du service, les problématiques rapportées et la satisfaction quant au service reçu. Il ressort des études sur l'évaluation des SATs qu'il y a une prépondérance de femmes parmi les utilisateurs de tels

services (Brockopp, 2002a; Burgess, et al., 2008; Maltais, Savard, & Gauthier, 2009). Les femmes utilisent davantage les services d'aide offerts par tous types de SATs que les hommes, que ce soit des SATs de prévention du suicide, des lignes pour une population adolescente ou concernant des dépendances aux drogues (Brockopp, 2002a). Les nouveaux appelants et les appelants chroniques sont plus souvent des femmes (Ingram, et al., 2008).

Parmi les appelants en général, on constate que les hommes contactent plus souvent un SAT pour discuter d'un problème lié à leur santé mentale (ex, lié à la dépression, à la réception de services psychiatriques, à l'anxiété ou à la solitude) que les femmes (Ingram, et al., 2008). Des différences entre les sexes existent également quant à la problématique principale dont discutent les appelants chroniques. Les appelantes chroniques tendent à discuter, en ordre d'importance, d'un problème lié à leur état émotionnel, d'un problème physique (par ex. une maladie, la qualité de état de santé, etc.), de problèmes relationnels et finalement de difficultés dans leur couple. Les hommes appelant régulièrement un SAT rapportent davantage un problème lié à la prise de drogue ou de médicament (par ex d'alcool, prescription), suivi de difficultés d'ordre émotionnel, romantique et social (Hall & Schlosar, 1995).

Le patron de réponse des appelants concernant leur satisfaction et l'utilité perçue de l'aide fournie varie en fonction du sexe de l'appelant. Les hommes tendent à juger plus négativement l'intervenant(e) et à rapporter moins fréquemment d'avoir été aidés que les femmes (Stein & Lambert, 1984). Il est raisonnable de penser que l'effet d'un SAT sur ses appelants puisse être influencé par le sexe des appelants.

Méthode de collecte de données. Selon Stein et Lambert (1984), la méthode la plus optimiste (et probablement la plus biaisée) d'obtenir ce que pense l'appelant de l'aide

téléphonique fournie survient lorsque c'est l'intervenant ayant répondu à l'appel qui demande à l'appelant si l'aide qu'il lui a apporté lui a été utile. Les évaluations les plus positives proviendraient, dans l'ordre, des appelants (surtout lorsque c'est l'intervenant ayant répondu à l'appel qui pose la question de l'utilité de l'aide apportée à l'appelant), des intervenants, puis enfin des observateurs ou de juges indépendants (Stein & Lambert, 1984). Pour d'autres, même si la panacée de la collecte de données sur l'effet des SATs doit passer par l'emploi de chercheurs indépendants, il n'en demeure pas moins qu'ils opteront pour une méthode moins coûteuse et/ou plus pratique, c'est-à-dire en demandant aux intervenants de réaliser l'évaluation des résultats des SATs.

Tous ces enjeux ressortent d'une façon ou d'une autre dans les études portant sur l'effet des SATs chez leurs appelants. Ils sont aussi présents dans les recensions systématiques réalisées à ce sujet.

Recensions systématiques sur les SATs

Les recensions systématiques d'évaluations de programme peuvent en général prendre plusieurs formes : elles peuvent être qualitatives, quantitatives (comme dans le cadre d'une méta-analyse) ou mixtes (Lipsey, 2000). Elles ont le potentiel de fournir des informations sur l'efficacité d'un type de programme vis-à-vis d'une problématique ou d'une population donnée. Elles peuvent également nous informer sur les facteurs-clés de la mise en oeuvre du programme qui favorisent les résultats escomptés, ou encore sur les résultats (positifs ou négatifs) attendus ou inattendus susceptibles de se produire (Lipsey, 2000).

Enquêtes. Dans le domaine des SATs, très peu de recensions systématiques d'évaluation de programme ont été réalisées. La plupart des « recensions » réalisées consistaient plutôt en des enquêtes effectuées dans le but de dresser un portrait qualitatif

et/ou quantitatif de l'organisation des services d'aide téléphonique. On y parle par exemple des heures d'ouverture, de la mission des SATs, des coûts d'opération, des problématiques visées par le service, des caractéristiques et des besoins de la clientèle, du type d'intervenants recrutés, de la formation et de la supervision des intervenants, du système de documentation des appels, de la philosophie ou des principes généraux ou spécifiques d'intervention. Des exemples de telles enquêtes sont le projet de Lapointe-Goupil (2004), l'étude de Lester (2001) et l'étude de McGee, Richard et Bercun (1973). Ces recensions ont permis d'établir les jalons d'une taxonomie des SATs, c'est-à-dire une clarification des dimensions majeures qui différencient les SATs et des façons de catégoriser leurs similarités et leurs différences. Les taxonomies ainsi élaborées ont l'avantage de fournir un cadre permettant d'organiser l'information provenant des études/évaluations portant sur l'efficacité des SATs.

Une recension qualitative de l'efficacité des intervenants œuvrant au sein des SATs. Stein et Lambert (1984) ont effectué une recension des stratégies d'évaluation et des critères d'efficacité qui ont été utilisées pour évaluer les intervenants des SATs. Six approches évaluatives ont été utilisées par les chercheurs des études ayant fait l'objet de leur recension, soit la mesure :(1) de la perception de l'intervenant quant à sa propre utilité ou efficacité ; (2) du degré auquel les intervenants démontrent des comportements verbaux supposément associés à des résultats positifs chez les appelants (par ex., jusqu'à quel point l'intervenant démontre-t-il de l'empathie ou de l'authenticité), (3) du niveau d'assiduité démontrée par les appelants à qui on a donné des références (jusqu'à quel point l'appelant a contacté les organismes auxquels il a été référé); (4) la perception qu'a le client de l'impact thérapeutique (jusqu'à quel point l'appelant juge que les services reçus l'ont aidé); (5) le

taux de réutilisation du SAT par les appelants; (6) changements dans les taux de suicides des communautés desservies par les SATs. Cette recension présente un portrait qualitatif des études liées à l'efficacité des SATs durant les années 1960, 1970 et le début des années 1980. Il est à noter que les pratiques évaluatives ont beaucoup évoluées depuis. Les études considérées comme portant sur « l'impact thérapeutique des SATs » ne sont en fait que des études portant sur la satisfaction, ce qui n'est maintenant plus considérée comme une mesure d'efficacité (Poister, 2003). Des changements quant aux taux de suicide sont décrits dans la recension, mais ces observations faites au niveau populationnel représentent des résultats distaux qui peuvent difficilement être attribués aux interventions ou à la présence d'un SAT.

Deux recensions qualitatives récentes de l'efficacité des SATs. En 2004, Lebel et Aubry ont effectué une recension exhaustive des évaluations de SATs. La recension avait pour but de résumer les éléments méthodologiques et les principaux résultats provenant des études portant sur l'évaluation des SATs de 1970 à 2004. Elle a permis d'identifier 42 études portant sur l'efficacité des SATs dans différents domaines, c'est-à-dire relativement: 1) aux opérations administratives et organisationnelles du SAT (par ex., le niveau de complétude des registres tenus par les intervenants, le temps requis pour parler à un intervenant une fois le numéro composé); 2) à la performance des écoutants (par ex., leur capacité à démontrer certaines habiletés d'écoute active, la justesse des informations données à l'appelant); (3) aux changements chez les appelants et leur niveau de satisfaction (ex. l'efficacité perçue de l'aide reçue, les changements dans le niveau de détresse, l'intention de contacter les organismes ou les professionnels référés, le taux de ré-utilisation du service); ainsi qu' (4) à la communauté (ex., la prévention du suicide, le niveau de visibilité du SAT auprès de la population-cible). Bien que cette recension ait permis d'identifier plusieurs études où l'effet

des SATs est évalué en mesurant des changements d'états chez les appelants, il n'en demeure pas moins qu'elle ne permet pas de brosser un portrait chiffré de l'ampleur de l'effet des SATs.

Une deuxième recension qualitative de l'efficacité des SAT a été réalisée en 2005 par Strohl dans le cadre de sa thèse de doctorat. Elle contient un sommaire des résultats mesurés dans 20 études pour lesquelles des SATs oeuvrant en intervention de crise et en prévention du suicide ont été évalués. Les résultats mesurés dans ces études se rapportent au taux de suicide, au niveau de satisfaction des appelants, aux changements observés chez l'appelant, au taux de réutilisation du service, aux taux d'appelant ayant contacté les organismes/professionnels auxquels ils ont été référés, ainsi qu'à l'efficacité de l'intervenant telle que perçue par l'intervenant lui-même.

Recension quantitative de l'efficacité des SATs. Lester (1997) a effectué une méta-analyse sur la capacité des centres de prévention du suicide à effectivement prévenir le suicide dans la région desservie. Cette méta-analyse incluait à la fois des études « écologiques » (des études comparant les régions desservie par un certain nombre de centres de prévention du suicide) réalisées pour le Canada, l'Angleterre et les États-Unis, et des études en série chronologique réalisées en Angleterre, en Allemagne, au Japon, à Taiwan et aux États-Unis. Lester a calculé une statistique commune (un coefficient de corrélation Pearson) pour chacune de ces études. Il a ensuite fait la moyenne de ces corrélations, ce qui a révélé une corrélation moyenne de -0,16 avec 2 549 degrés de liberté. Cela signifie que les centres de prévention du suicide ont un effet modeste sur le taux de suicide de la région qu'ils desservent. Cette méta-analyse contribue à soutenir l'hypothèse que les SATs oeuvrant en prévention du suicide accomplissent effectivement leur objectif principal. Bien que cette

méta-analyse représente un effort appréciable de l'évaluation de l'efficacité d'un type de SATs, elle a le désavantage de comprendre uniquement des études dont l'unité d'analyse est une population plutôt qu'un individu, ce qui est une technique d'évaluation/recherche qui ne permet pas d'attribuer hors de tout doute raisonnable des changements dans les taux de suicide observés à la présence de SATs. De plus, la méta-analyse de Lester ne porte que sur un seul type de SATs (nommément, les SATs en prévention du suicide) et n'examine l'effet de ces SATs qu'en fonction d'un unique résultat, la prévention du suicide.

Toutes les évaluations des SATs ainsi que les recensions systématiques sur le sujet ont révélé des informations précieuses sur l'effet des SATs sur leurs appelants. Elles comportent toutefois des limites que le présent travail de recherche permettra d'adresser.

Objectif et questions de recherche

L'objectif du présent travail est de dresser un portrait complet et quantitatif de l'ampleur de l'effet des SATs sur leurs appelants. Il est aussi de faire le point sur les caractéristiques des intervenants, des appelants et de la collecte de données pouvant modérer l'ampleur de l'effet des SATs sur leurs appelants. Voici les questions de recherches auxquelles l'auteure désire apporter une réponse :

- 1) Quel est l'effet immédiat des interventions téléphoniques prodiguées par les SATs sur les appelants...
 - a. ...si on catégorise les résultats en fonction du *domaine de résultats en santé mentale* ?
 - b. ...si on catégorise les résultats en fonction d'une *approche évaluative* centrée sur les *déficits* ou d'une autre centrée sur les *forces* ?

- 2) Que sait-on des facteurs pouvant modérer la relation entre les interventions téléphoniques et les résultats obtenus, pour ce qui est de l'effet immédiat des SATs ?
- a. Est-ce que l'ampleur de l'effet des SATs dépend du type d'intervenant (c.-à-d. intervenants rémunérés ou bénévoles) prenant l'appel ?
 - b. Est-ce que l'ampleur de l'effet des SATs dépend des caractéristiques des appelants. Plus précisément, est-ce que l'ampleur de l'effet dépend...
 - i. ... de la « suicidabilité » de l'appelant ?
 - ii. ... du sexe des appelants ?
 - c. Est-ce que l'ampleur de l'effet des SATs dépend de la façon dont les données ont été recueillies auprès des appelants, c'est-à-dire...
 - i. ... si c'est l'intervenant ayant répondu à l'appel d'aide ou si c'est un chercheur indépendant qui recueille les données auprès de l'appelant ?
 - ii. ... en s'adressant à l'appelant plutôt qu'en l'observant ?

Pour effectuer ce travail et répondre aux questions de recherche, l'auteure effectuera une méta-analyse. Cette technique permet de combiner les données provenant de différentes études portant sur les SATs. C'est une procédure *systematique* puisqu'elle implique qu'une fouille systematique et aussi exhaustive que possible sera effectuée pour identifier chaque étude pertinente. Enfin, la méta-analyse est une estimation quantifiée, car elle repose sur des calculs statistiques qui permettent d'estimer de façon précise la taille d'un effet commun.

Contributions de la méta-analyse

Cette méta-analyse sur les résultats immédiats des services d'aide téléphonique représente, à la connaissance de l'auteure, le premier effort de synthèse quantitative de l'effet à court terme des SATs sur leurs appelants. Elle permettra donc d'obtenir un portrait chiffré décrivant l'ampleur et le type d'effet qu'ont les SATs sur les individus qui y placent un appel. Ces informations sont importantes étant donné le type de clientèle vulnérable desservie par les SATs et le rôle grandissant que ces derniers sont appelés à jouer dans un contexte où les ressources en santé mentale sont très limitées et où l'on recourt informellement de plus en plus aux ressources communautaires pour pallier les manquements du système de santé actuel.

Cette méta-analyse permettra également d'établir des barèmes quant à l'ampleur de l'effet des SATs. Plus précisément, elle générera des données chiffrées (c.-à-d. des tailles d'effet) des SATs pour différents types de résultats et selon différentes caractéristiques des intervenants et des appelants du SAT ou différentes caractéristiques de l'étude elle-même. Ces barèmes permettront aux chercheurs qui évalueront des changements auprès des appelants d'un SAT de mieux interpréter et de juger de la signification pratique des tailles d'effet qu'ils obtiendront.

Méthode

Pour réaliser la méta-analyse et répondre aux questions de recherche, l'auteure a tout d'abord procédé à une recension systématique de la littérature afin de récupérer toutes les études répondants à une liste de critères prédéterminés. Elle a ensuite développé un formulaire de codification des études ainsi qu'une base de données y étant rattachée afin d'y entrer toutes les informations clés sur l'ensemble des études récupérées. Elle a enfin

développé une deuxième base de données dans un logiciel de méta-analyse afin d'y entrer les informations pertinentes sur chaque étude incluse dans la méta-analyse et ainsi effectuer les analyses statistiques appropriées.

Sélection des études

Critères d'inclusion. Pour pouvoir inclure une étude dans la méta-analyse, l'auteur devait s'assurer que cette dernière portait sur une intervention téléphonique ponctuelle, de n'importe quelle durée, offerte par un intervenant rémunéré ou bénévole et impliquant une communication ou un échange verbal. Le devis de recherche de l'étude pouvait correspondre à un plan de recherche expérimental, quasi-expérimental ou pré-expérimental (par ex. le plan prétest-posttest à groupe unique), pour autant que le devis implique la prise d'une mesure avant et après l'intervention téléphonique. La population d'intérêt de la méta-analyse correspond à tous les utilisateurs (adolescents, adultes et personnes âgées) des SATs œuvrant en santé mentale. Le type d'intervention faisant l'objet de la méta-analyse correspond aux SATs œuvrant en intervention de crise et prévention du suicide ainsi que ceux offrant des services psychosociaux généraux en santé mentale. Les SATs offrant des services psychosociaux généraux regroupent les lignes d'écoute, d'information, de soutien et d'évaluation-orientation qui s'adressent à la population générale. La problématique cernée, elle, peut être plus restreinte, mais toute personne a accès au service (Lapointe-Goupil, 2004). Enfin, les études incluses dans la méta-analyse doivent porter sur l'effet, l'impact ou l'efficacité d'un SAT, et plus précisément sur un changement affectif, cognitif et/ou comportemental des appelants. Chaque étude doit fournir des informations permettant d'évaluer si l'intervention téléphonique produit les résultats escomptés chez la clientèle du SAT. À noter, l'outil de mesure utilisé pour mesurer le changement chez l'appelant doit être

le même aux deux temps de mesure faisant l'objet d'une comparaison (c.-à-d. lors du pré-test et du post-test).

Critères d'exclusion. Tout document écrit dans une autre langue que l'anglais ou le français était écarté. Il en était de même pour toute étude portant sur un SAT offrant des services thérapeutiques tels que les services thérapeutiques à distance (par téléphone et internet). Ces services consistent, par exemple, en un client ayant de multiples contacts téléphoniques à distance avec un(e) psychologue ou un(e) travailleur(euse) social(e). Toute étude dont l'intervention principale étudiée n'est pas livrée par téléphone (donc qui est livrée par courriel, vidéoconférence ou internet) est exclue de la méta-analyse. Une étude dont le SAT offre des interventions téléphoniques de groupe plutôt qu'individuelles est également exclue de la méta-analyse. Une étude sera écartée si elle porte sur une intervention qui ne vise pas un problème psychosocial ou lié à la santé mentale (par ex, les interventions du SAT vise à offrir du soutien aux appelants concernant le tabagisme, le diabète de type II, la dépendance à l'alcool ou aux drogues, ou encore la perte de poids). Toute étude incluse doit au minimum rapporter une mesure de l'effet immédiat d'un SAT. Elle sera exclue si seule une mesure d'effet intermédiaire n'est rapportée. L'auteure a écarté toute étude pour laquelle le SAT visait spécifiquement un sous-groupe populationnels spécifiques (par ex., le SAT applique des procédures spécifiques afin de soutenir des individus vivant avec une dépression post-opératoire). Enfin, l'auteure a exclu des analyses les études qui répondaient à tous les critères d'inclusion, mais pour lesquelles le format dans lequel les données étaient rapportées ou le type de données rapportées ne permettait pas le calcul d'une statistique de taille d'effet.

Analyses des variables dépendantes

Tel qu'il a été mentionné dans la section précédente, les études incluses dans la méta-analyse doivent porter sur un changement affectif, cognitif et/ou comportemental des appelants. Les variables dépendantes d'intérêt sont donc les résultats rapportés correspondant à un changement dans l'état des appelants du début à la fin de l'appel. Chaque résultat sera analysé individuellement, c'est-à-dire qu'une taille d'effet sera calculée pour chaque résultat rapporté. Les résultats pourront de plus être regroupés et analysés de façon combinée, en fonction de deux systèmes de catégorisation : en fonction des « domaines de résultats en santé mentale » et de l'« approche évaluative centrée sur les forces ou sur les déficits ».

Domaines de résultats en santé mentale. D'une part, l'Agence de la santé publique du Canada affiche sur son site Web une page concernant la santé mentale. On y retrouve un document, réalisé par l'Unité d'évaluation de la santé mentale et communautaire de l'Université de Colombie-Britannique, qui fait suite à trois autres publications portant sur les meilleures pratiques de la réforme des soins de santé mentale (McEwan & Goldner, 2001). Ce document est en fait une trousse servant à guider l'évaluation des services de soins et de soutien en santé mentale. On y rapporte le système qu'utilise l'État de l'Ohio pour mesurer les résultats chez les usagers des programmes publics de santé mentale. Ce système contient quatre domaines de résultats : état de santé, qualité de vie, degré d'autonomie ainsi que santé et sécurité. D'autre part, Slade (2002) a identifié grâce à une recension systématique sept domaines de résultats mesurés auprès des patients utilisant les services de santé mentale : bien-être, cognition/émotion, comportement, santé physique, interpersonnel, société et services. L'auteure s'est inspirée de ces deux systèmes de classification de résultats de

l'efficacité des services de santé mentale pour classer les changements observés auprès des clients des SATs.

L'auteure classera les résultats des SATs auprès de leurs appelants en trois catégories. La première catégorie, « État de santé psychologique » comprendra tous les résultats se rapportant au niveau de détresse symptomatique (ou à la sévérité des symptômes), à l'état émotif et au fonctionnement cognitif de l'appelant, bref, aux pensées et aux cognitions caractéristiques de troubles psychologiques/mentaux. Cette première catégorie inclura également la perception des appelants concernant la gravité de la situation-problème dans laquelle ils se trouvent. Les changements de la « détresse », de « l'humeur dépressive », de « l'état mental » ou encore de la « sévérité du problème » sont des exemples de résultats qui seront inclus dans cette première catégorie. La deuxième catégorie est « Fonctionnement ». Elle réfère aux comportements (ou aux pensées exprimées par l'appelant durant l'intervention téléphonique qui font allusion à des comportements) déployés par l'individu pour cerner, obtenir ou utiliser les ressources auxquelles il/elle a accès (ressources personnelles, ressources communautaires) pour résoudre sa situation-problème ou combler ses besoins sur le plan spirituel, social, culturel, et récréatif. Les stratégies utilisées par l'appelant pour gérer son problème durant l'appel, qu'elles soient efficaces ou inefficaces, sont des exemples de résultats de cette deuxième catégorie. La troisième catégorie est la « Sécurité ». Tous les résultats des SATs ayant à voir avec le niveau d'envie de l'individu de se blesser ou de se suicider, ou encore de blesser ou de tuer quelqu'un d'autre en font partie. Ainsi, les mesures de changement au niveau de l'« urgence suicidaire », d'« idéations suicidaires », de « désespoir », de « douleur psychologique » et d'« intention de mourir » seront incluses dans la catégorie Sécurité.

Approche évaluative centrée sur les forces ou sur les déficits. Le deuxième système de catégorisation des résultats réfère à deux approches diamétralement opposées pour évaluer les changements se produisant chez les appelants. Une première approche, centrée sur les « Déficiets » des individus, consiste à évaluer l'efficacité d'un SAT en se penchant sur les changements des pensées, des émotions ou des comportements problématiques (nuisibles, négatifs) chez les appelants, en espérant que ces éléments diminueront suite aux interventions téléphoniques. On peut mesurer, par exemple, l'humeur dépressive, l'urgence suicidaire ou l'emploi de stratégies d'adaptation inefficaces. Une deuxième approche, celle-là axée sur les « Forces » des appelants, consiste plutôt à mesurer les changements des pensées, des émotions ou des comportements positifs chez les appelants, en espérant que ces éléments augmenteront suite aux interventions. Ce qui intéresse les chercheurs évaluant l'efficacité d'un SAT en utilisant cette approche, ce sont les forces que possèdent les appelants : leur résilience, leurs habiletés, leurs connaissances, leurs ressources et leurs désirs qui peuvent les aider d'une façon ou d'une autre à atteindre leur but ou à se tirer d'une situation-problème difficile (Hammond, 2010). Le fait, par exemple, de mesurer l'emploi de stratégies d'adaptation (*coping*) productives/efficaces témoigne d'une approche centrée sur les Forces. On pourrait également mesurer les changements du niveau d'optimisme ou le sentiment de compétence des appelants.

Analyses des variables modératrices

Les variables modératrices qui font l'objet d'analyses statistiques dans le cadre de la présente méta-analyse sont : (a) le type d'intervenant, (b) le niveau de suicidabilité des appelants, (c) le sexe des appelants, (d) la méthode de collecte de données : intervenant vs

chercheur indépendant, et (e) méthode de collecte de données : observer vs s'adresser à l'appelant.

(a) Le type d'intervenant. Cette variable réfère à la composition des intervenants ayant répondu aux appels d'aide ayant fait l'objet de l'évaluation. Un groupe d'intervenants sera « rémunérés » si les intervenants répondant aux appels évalués reçoivent une rémunération pour leur travail d'intervention téléphonique. Il sera composé de « bénévoles » si les intervenants prenant les appels d'aides font ce travail de leur plein gré et sans rémunération quelconque. Enfin, un groupe d'intervenants sera « mixte » si le groupe d'intervenants répondant aux appels d'aide est composé à la fois de bénévoles et de gens rémunérés, ou encore le groupe d'intervenants est composé de gens qui sont en partie bénévoles et en partie rémunérés pour leur travail d'aide téléphonique.

(b) Le niveau de suicidabilité des appelants. Pour les fins de la présente méta-analyse, un groupe d'appelants sera considéré comme étant « suicidaire » s'il est clairement stipulé dans l'étude que l'ensemble des appelants avaient un minimum de risque de se suicider, ou qu'ils avaient des idéations suicidaires (des pensées liées au fait de mettre fin à leurs jours) ou des intentions suicidaires. L'échantillon sera catégorisé comme étant « non suicidaire » dans le cas inverse. Cette décision repose sur le fait que la plupart des études des SATs, à moins qu'elles ne portent spécifiquement et exclusivement sur l'efficacité des SATs à réduire la suicidabilité des appelants, recueilleront des données contenant un pourcentage très restreint d'appelants suicidaires. D'une part, la plupart des études recueillent des données sur une série consécutive d'appels placés dans un SAT pendant une période spécifique s'écoulant sur des semaines ou sur des mois. Le taux d'appels placés par des gens suicidaires à n'importe quel SAT est généralement faible. Par exemple, selon King,

Nurcombe, Bickman, Hides et Reid (2003), environ 2 % de l'ensemble des appels sont placés au SATs spécifiquement à cause d'idéations ou d'intentions suicidaires. Dans l'étude de Strohl (2005) portant sur huit SAT, le taux d'appels suicidaires varie de 3 à 9 %.

D'autre part, que les questions de recherche centrales portent ou non sur la suicidabilité, une partie des appels suicidaires ne seront pas évalués lorsque le niveau de suicidabilité des appelants est jugé trop élevé. Ceci, combiné au fait que les appels d'individus suicidaires ne représentent qu'une minorité des appels placés dans les SATs, fait ressortir le fait que la plupart des échantillons, à moins que l'étude ne porte sur des questions de suicide, ne seront composés que d'un nombre marginal d'appelants suicidaires.

(c) Le sexe des appelants. On examine ici le pourcentage de femmes comprises dans l'échantillon d'appelants d'une étude donnée.

(d) La méthode de collecte de données : intervenant vs chercheur indépendant. Lorsque les données sur les changements survenant chez l'appelant sont recueillies par l'intervenant ayant répondu à l'appel d'aide, on assignera à l'étude une méthode de collecte de donnée impliquant un « intervenant ». Si c'est un chercheur indépendant, n'ayant pas participé à l'intervention téléphonique qui recueille les données, alors on étiquettera l'étude comme utilisant la méthode « chercheur indépendant ».

(e) La méthode de collecte de données : observer vs s'adresser à l'appelant. On peut recueillir des données sur les changements survenant chez l'appelant en « s'adressant à l'appelant », c'est-à-dire en lui posant directement des questions. Par exemple, on peut recueillir des données sur l'intention de mourir d'un appelant en lui demandant de répondre à la question « Jusqu'à quel point souhaites-tu vraiment mourir? » (Gould, et al., 2007). On peut également recueillir des données sur un changement d'état de l'appelant en

« l'observant », c'est-à-dire en écoutant des comportements verbaux et vocaux de l'appelant. Par exemple, on peut utiliser une échelle en cinq points pour juger de l'humeur dépressive d'un appelant au début et à la fin d'un appel (Mishara & Daigle, 1997).

Stratégies de recherche d'études

L'auteure a utilisé plusieurs stratégies afin de repérer des études pertinentes, soit la recherche dans des bases de données électroniques, la recherche par l'entremise d'un moteur de recherche sur Internet, l'examen de la liste de références des études pertinentes récupérées et la sollicitation d'individus ou d'organisations.

Bases de données électroniques. L'auteure a fouillé systématiquement diverses bases de données (All EBM Reviews, AMED, CINAHL, Econolit, Embase, ERIC, Health and Psychosocial Instruments, HealthSTAR, MEDLINE, Mental Measurements Yearbook, Scholars Portal, PsycINFO, SocioFile, Web of Knowledge) au moyen de mots-clé se rapportant au type de services étudié (*crisis line, crisis services, crisis intervention, hotline, helpline, telephone crisis*) et à leur évaluation (par ex. *assessment, benefits, effect, effectiveness, efficacy, evaluation, impact, outcome research, program evaluation, service outcome, treatment effectiveness*). La sélection d'études pertinentes se fait en deux étapes. Tout d'abord, les critères d'inclusion et d'exclusion sont utilisés pour juger de la pertinence du titre et du résumé (si disponible) de chaque référence bibliographique trouvée lors de la recherche par mots-clés dans les diverses bases de données électroniques. Puis, les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion sont employés pour juger de la pertinence du texte complet de chacune des références bibliographiques retenues lors de la première étape de la sélection. La fouille des bases de données à l'aide des mots-clés a généré 8351 résultats. L'examen des titres et des résumés a permis de retenir 59 études lors de la première étape.

De celles-là, six (6) études et deux (2) thèses ont été retenues lors de la deuxième étape et ont par conséquent été incluses dans la méta-analyse.

Moteur de recherche. L'auteure a également fait une fouille de la littérature grise, c'est-à-dire les études qui n'ont pas été « publiées », telle que les rapports techniques ou les thèses de maîtrise ou de doctorat. Le fait d'inclure des études provenant de la littérature grise (par ex. le rapport technique d'une étude se retrouvant sur le site Web d'une organisation) comporte l'avantage d'accroître le bassin restreint d'études pouvant potentiellement être incluses dans la méta-analyse. Elle a aussi l'avantage d'éviter le biais associé au fait de récupérer uniquement des études provenant d'articles scientifiques, puisque les recensions scientifiques ont tendance à favoriser la publication de résultats caractérisés par les plus grands effets et les plus petites valeurs de p (Rosenthal, 1995). L'auteure a ainsi utilisé les mots-clés énumérés précédemment afin de faire des recherches dans le moteur de recherche Google. Cette fouille de la littérature grise a permis d'identifier des individus et d'organisations qui ont été contactés à une étape ultérieure.

Consultation de la liste de références des études récupérées. L'auteure a examiné la liste de références de l'ensemble des études pertinentes récupérées. Les mêmes critères d'inclusion et d'exclusion sont employés pour juger, dans un premier temps, de la pertinence des titres des références bibliographiques et, dans un deuxième temps, du texte complet des références bibliographiques retenues lors de la première sélection. À défaut d'avoir servi à identifier de nouvelles études pertinentes, cette stratégie de recherche a permis de valider les résultats obtenus lors de la fouille systématique de bases de données électroniques.

Sollicitation d'individus et d'organisations. L'auteure a identifié certains individus ou groupes d'individus susceptibles d'avoir accès à des documents pertinents. Elle les a

ensuite contactés par téléphone, courriel ou par la poste. C'est ainsi que la direction des différents centres de détresse de l'Ontario ainsi que la directrice générale et l'agent de développement de l'Association des Centres d'Écoute Téléphonique du Québec (ACET) ont été sollicités. Certains regroupements nationaux et internationaux de centres d'écoute téléphonique tels que *LifeLine International*, la *National Federation of Telephonic agency services*, *Befrienders International* et *Samaritans* en sont d'autres exemples. Cinq (5) des sept évaluations identifiées grâce à cette méthode satisfaisaient aux critères d'inclusions et ont par conséquent été incluses dans la méta-analyse. L'ensemble des stratégies de recherche ont permis d'identifier et d'inclure treize (13) études et évaluations dans la méta-analyse.

Procédure de codification des études

L'auteure a codifié les études identifiées pour la méta-analyse grâce à un formulaire de codification qu'elle a spécialement élaboré pour la présente étude en se basant sur des principes et des modèles reconnus (Lipsey & Wilson, 2000). Ce formulaire d'extraction et de codification des données (Annexe A) contient trois sections. La première section sert à extraire des informations sur l'étude récupérée : le numéro d'identification de l'étude, les auteurs, l'année de publication, le titre du document et l'éligibilité de l'étude. Une deuxième section porte sur les caractéristiques de l'intervention telles que les caractéristiques du SAT (type de SAT, modèle théorique), la durée de l'intervention (durée de l'appel d'aide placé), le déroulement des interventions téléphoniques (les stratégies d'interventions utilisées durant les appels), les caractéristiques des intervenants ayant pris les appels d'aide (statut – bénévole/employé- au sein de l'organisme, durée de leur formation ainsi que sur l'ampleur de leur expérience d'aide téléphonique). La troisième section du formulaire vise à décrire l'échantillon d'appelants : leur genre (% de femmes), leur âge, le type d'appelants

(réguliers/chroniques, nouveaux, suicidaire, en crise). La quatrième section porte sur le type de devis de recherche choisi. La cinquième section sert à décrire chacune des variables dépendantes (VDs) faisant l'objet d'une mesure de changement (par ex., nom et description de la VD, la catégorie de résultats dont la VD fait partie, le type d'effet – immédiat ou intermédiaire – observé, le mode d'administration de l'outil de mesure, etc.). Enfin, on inscrit dans la sixième section du formulaire toutes les informations nécessaires au calcul de la statistique de taille d'effet (les moyennes, les écarts-types, la valeur du test t et du p , etc.). L'auteure a élaboré une base de données grâce au logiciel *PASW Statistics 18* afin d'y saisir des données pour chacune des six sections du formulaire.

Unité d'analyse

L'auteure procèdera à une méta-analyse sur données groupées. Ceci correspond à une méta-analyse pour laquelle l'unité statistique est *l'étude*.

Méthodes statistiques

Après avoir trouvé toutes les études satisfaisant aux critères d'inclusion et les avoir codifiées dans la base de données PASW en prenant soin de saisir toutes les données pertinentes au calcul de la taille d'effet, l'auteure a ensuite créé une base de données pour procéder aux différents calculs associés à la méta-analyse grâce à la deuxième version du logiciel *Comprehensive Meta Analysis (CMA)* de *Biostat Inc.* (2006). Ce logiciel a été retenu pour procéder à la méta-analyse parce qu'il se compare favorablement aux autres logiciels du même genre tels que *MetAnalysis*, *MetaWin*, *MIX*, *RevMan* et *WEasyMA* (Bax, Yu, Ikeda, & Moons, 2007). CMA se distingue des autres logiciels parce qu'il permet de calculer plusieurs types de tailles d'effet à partir de toute sortes de données rapportées. Par exemple, pour le calcul du « gain moyen » dans le cadre de comparaisons pré-post, on peut saisir dans

le logiciel différentes combinaisons de données telles que « la différence moyenne, la taille de l'échantillon et la valeur du test t », ou encore « la moyenne pré-intervention, la moyenne post-intervention, la taille d'échantillon et la valeur du test t ». CMA contient aussi un vaste ensemble d'options d'analyse dont celle de *métra-régression*. Les différents calculs effectués grâce à ce logiciel sont décrits ci-dessous.

Calculs statistiques pour chaque étude. Les statistiques de taille d'effet pour chaque étude incluse seront calculées en fonction de la méthode computationnelle de la *différence moyenne standardisée*. L'auteure a choisi cette méthode étant donné les comparaisons effectuées portent sur un seul groupe mesuré à deux occasions différentes, que toutes les variables dépendantes sont continues, et que les échelles de mesure utilisées pour mesurer un même résultat varient d'une étude à l'autre (Lipsey & Wilson, 2000). La différence moyenne standardisée est une méthode permettant de standardiser les statistiques de taille d'effet de sorte à pouvoir inclure toutes sortes de mesures du même type de résultats dans une même synthèse (Borenstein, Hedges, Higgins, & Rothstein, 2009). Elle sert à indiquer la force de la relation entre une variable indépendante (i.e. l'intervention téléphonique) et une variable dépendante (i.e. le résultat ou la catégorie de résultats). Trois types d'indices de la taille d'effet peuvent être calculés en se basant sur la méthode de différence moyenne standardisée : le d de Cohen, le g de Hedges et le delta de Glass (Rosenthal & DiMatteo, 2001). L'auteure a arrêté son choix sur la mesure de taille d'effet du g de Hedges, puisque la formule sous-jacente à cette méthode réduit le biais positif susceptible d'être présent lors du calcul de la taille d'effet pour les petits échantillons. Il n'existe aucun point de repère dans la littérature scientifique pour juger de l'ampleur de l'effet des SATs. Autrement dit, on ne sait pas à quelles tailles d'effet g s'attendre

puisque aucune norme n'existe à ce sujet (d'où l'importance de la présente méta-analyse).

Dans ce cas, il est alors acceptable d'employer les barèmes d'interprétation de taille d'effet établis par Cohen pour les études en psychologie et en éducation (Sun, Pan, & Wang, 2010): une taille d'effet de 0,2 sera considérée « petite », une taille d'effet moyenne sera de 0,5 et une grande taille d'effet sera de 0,8 ou plus (Lipsey & Wilson, 2000).

Une taille d'effet g est calculée pour chaque résultat rapporté dans une étude au sujet de l'effet immédiat des SATs (c.-à-d. une comparaison de la situation des appelants au début et à la fin de l'appel d'aide placé) ou de leur effet intermédiaire (c.-à-d. une comparaison de la situation des appelants à la fin de l'appel d'aide placé et lors du suivi plusieurs jours plus tard). Lorsque plus d'un résultat est rapporté dans une seule et même étude, les résultats rapportés sont habituellement reliés ou corrélés, ce qui a pour conséquence d'accorder trop de poids à une étude particulière (Gliner, Morgan, & Harmon, 2003). Pour remédier à ce problème, l'auteure appliquera une des deux solutions communément utilisées (Gliner, et al., 2003) suivantes, dépendamment de la question de recherche abordée et des caractéristiques des études ciblées par celle-ci : 1) elle sélectionnera un seul résultat représentatif d'une étude, ou 2) elle calculera à l'aide du logiciel une moyenne des tailles d'effet des résultats reliés.

Calcul de la taille d'effet pour une combinaison d'études et statistiques

associées. Une taille d'effet moyenne des SATs sera calculée pour chaque *concept* étudié.

Dans la présente méta-analyse, un concept peut correspondre à un type de résultat spécifique (par ex., à la Détresse ou à l'Humeur dépressive) ou à une catégorie de résultats (par ex., les résultats faisant partie de la catégorie « Effet immédiat », de la catégorie « État de santé psychologique » ou encore de celle des « Déficits »). Chacune des tailles d'effet moyennes

est pondérée. L'indice de taille d'effet moyenne est calculé en faisant une moyenne pondérée des tailles d'effet de chaque étude incluse dans la combinaison. La pondération d'une taille d'effet moyenne repose entre autres sur la taille d'échantillon, mais aussi sur le modèle statistique sous-jacent. L'auteure a utilisé, comme c'est souvent le cas dans les études en sciences sociales (Borenstein, et al., 2009), un *modèle à effets aléatoires*, plutôt qu'à effets fixes, pour procéder à l'agglomération des études et au calcul des différents indices statistiques. L'emploi d'un modèle statistique à effets aléatoires est justifié lorsque (1) la série d'études incluses dans la méta-analyse a été réalisée par des chercheurs opérant de façon indépendante (c.-à-d. que les études ne sont pas équivalentes sur le plan fonctionnel) et que (2) l'on désire généraliser les résultats de la méta-analyse à d'autres populations d'appelants que ceux compris dans l'échantillon d'études incluses dans la méta-analyse (Borenstein, et al., 2009). La pondération assignée à chaque étude sera plus « modérée » avec le modèle à effets aléatoires comparativement au modèle à effets fixes : les études avec un grand échantillon perdront de l'importance statistique, alors que les études avec un petit échantillon en gagneront (Borenstein, et al., 2009).

Pour chaque indice de taille d'effet moyenne, l'auteure calculera, à l'aide du logiciel, un intervalle de confiance de 95 % basé sur la méthode de Stouffer. Cette méthode implique l'addition du score z de toutes les tailles d'effet combinées dans l'indice, afin de tester le degré de signification statistique de l'indice de taille d'effet (Gliner, et al., 2003). Il en découle un score Z global et une valeur de p (une valeur de p de moins de .05, alors on assume que l'effet de l'intervention quant au concept ou au résultat visé est statistiquement significatif). L'auteure s'intéressera à la valeur du test de Q calculée électroniquement afin d'examiner l'hétérogénéité de la distribution des indices de taille d'effet. Si la valeur de p

associée au score Q est significative, alors on rejette l'hypothèse nulle (selon laquelle la distribution des tailles d'effet autour de la taille d'effet moyenne est homogène) et on accepte l'hypothèse alternative selon laquelle les variations observées des tailles d'effet sont le résultat d'une distribution hétérogène. Le cas échéant, l'auteure se penchera sur l'hétérogénéité de l'effet des SATs pour un concept donné, et plus précisément sur les variables modératrices pouvant expliquer la variabilité observée. Pour analyser les variables modératrices continues (c'est-à-dire le Sexe de l'appelant et le Pourcentage d'appelants chroniques), une méta-régression sera effectuée, en utilisant une variable modératrice à la fois, uniquement en présence d'un minimum de 10 études (Borenstein, et al., 2009). L'analyse de chacune des variables modératrices catégorielles/binaires (c'est-à-dire le Type d'intervenants, la Suicidabilité de l'appelant et la Méthode de collecte de données – « Intervenant vs Chercheur » et « Observer vs S'adresser à l'appelant ») se fera en regroupant les études en fonction des deux niveaux de chaque variable, en effectuant l'analyse séparée de la taille d'effet pour chaque niveau, et en comparant ces deux tailles d'effet entre elles afin de voir si cette différence est significative.

Résultats

Caractéristiques des études

Les caractéristiques des 13 études incluses¹ dans la méta-analyse sont présentées au Tableau 1. On constate que ces études sont récentes, ayant été réalisées au cours des 15 dernières années. Leur taille d'échantillon varie grandement, se chiffrant à aussi peu que 30 et pour atteindre jusqu'à 1 617 appelants, pour une moyenne de 378 appelants par étude. Sur les quatre modes de collecte de données possibles lors de la mesure de l'effet immédiat des

¹ Les études incluses dans la méta-analyse figurent dans la section des Références et elles sont identifiées par un astérisic (*).

SATs, seules trois méthodes ont été utilisées : l'intervenant s'adresse à l'appelant (n = 4), l'intervenant observe l'appelant (n = 5) et le chercheur indépendant observe l'appelant (n = 4). Les intervenants prenant les appels d'aide lors des études sont des bénévoles (n = 8), des personnes rémunérées (n = 2) ou encore sont un mixte des deux (n = 3). Cinq études portent sur un échantillon d'appelants suicidaires. Le reste d'entre elles (n = 8) sont caractérisées par un échantillon à prépondérance non suicidaire. Peu de chercheurs ont mesuré ou rapporté le pourcentage d'appelants chroniques (variant de 0 % à 64%), alors que la quasi-totalité d'entre eux rapportent le pourcentage de femmes appelantes (variant de 36 % à 79,5 %).

Lorsqu'on examine les caractéristiques de l'ensemble des résultats ayant servis à évaluer l'efficacité des SATs (voir le Tableau 2), on constate que c'est l'Urgence suicidaire qui est la plus souvent évaluée (n = 8), suivie de la Détresse (n = 7), des Stratégies d'adaptation inefficaces (n = 5), des Stratégies d'adaptation efficaces (n = 5), du Désespoir (n = 3), de la Douleur psychologique (n = 2), de l'Intention de mourir (n = 2), l'Humeur dépressive (n = 1), de l'État mental (n = 1), de la Sévérité du problème (n = 1) et des Idéations suicidaires (n = 1). Les 36 instances de résultats se répartissent, selon les domaines de résultats en santé mentale, comme suit : état de santé psychologique (27,78 %), sécurité (44,44 %) et fonctionnement (27,78 %). Seule une minorité d'entre eux (13,89 %) témoignent d'une approche évaluative centrée sur les forces plutôt que sur les déficits.

Tableau 1

Caractéristiques des études portant sur les services d'aide téléphonique

Étude	Taille de l'échantillon	Collecte de données (effet immédiat)	Statut des intervenants	Caractéristiques des appelants		
				Suicidabilité	% Chroniques	% Femmes
Mishara & Daigle (1997)	617	Chercheur indépendant observe l'appelant	Bénévoles	Suicidaires	25	59
Ben-Ari & Azaiza (2003)	131	Chercheur indépendant observe l'appelant	Bénévoles	Non suicidaires	?	61,8
King, Bambling, Reid & Thomas (2006)	100	Chercheur indépendant observe l'appelant	Rémunérés	Non suicidaires	?	66
King, Nurcombe, Bickman, Hides & Reid (2003)	101	Chercheur indépendant observe l'appelant	Rémunérés	Suicidaires	?	79,5
Gould, Kalafat, HarrisMunfakh & Keinman (2007)	1085	Intervenant s'adresse à l'appelant	Mixte	Suicidaires	?	60,6
Kalafat, Gould, Munfakh & Kleinman (2007)	1617	Intervenant s'adresse à l'appelant	Mixte	Non suicidaires	0	74,1
Aubry, Lebel, Hodgson & Bouchard (2005a) (étude 2-TAO)	30	Intervenant observe l'appelant	Bénévoles	Non suicidaires	64	40
Aubry, Lebel, Hodgson & Bouchard (2005b) (étude 2-DC)	40	Intervenant observe l'appelant	Bénévoles	Non suicidaires	47	?

Note. ? = il était impossible d'extraire cette information à partir de ce qui était présenté dans l'étude.

Tableau 1 (suite)

Caractéristiques des études portant sur les services d'aide téléphonique

Étude	Taille de l'échantillon	Collecte de données (effet immédiat)	Statut des intervenants	Caractéristiques des appelants		
				Suicidabilité	% Chroniques	% Femmes
Aubry, Lebel, Hodgson & Bouchard (2005c) (étude 3-TAO)	404	Intervenant observe l'appelant	Bénévoles	Non suicidaires	47	36
Aubry, Lebel, Hodgson & Bouchard (2005d) (étude 3-DC)	373	Intervenant observe l'appelant	Bénévoles	Non suicidaires	29	72
Strohl (2005)	157	Intervenant s'adresse à l'appelant	Mixte	Suicidaires	0	68,8
Becker (1997)	129	Intervenant s'adresse à l'appelant	Bénévoles	Suicidaires	0	61
Lavoie (2005)	130	Intervenant observe l'appelant	Bénévoles	Non suicidaires	39	69

Note. ? = il était impossible d'extraire cette information à partir de ce qui était présenté dans l'étude

Tableau 2

Caractéristiques des résultats mesurés

Étude	Résultat	Domaines de résultats en santé mentale	Approche évaluative
Mishara & Daigle (1997)	Humeur dépressive	État de santé psychologique	Déficits
	Urgence suicidaire	Sécurité	Déficits
Ben-Ari & Azaiza (2003)	Sévérité du problème	État de santé psychologique	Déficits
King, Bambling, Reid & Thomas (2006)	Détresse	État de santé psychologique	Déficits
King, Nurcombe, Bickman, Hides & Reid (2003)	État mental	État de santé psychologique	Déficits
	Idéations suicidaires	Sécurité	Déficits
	Urgence suicidaire	Sécurité	Déficits
Gould, Kalafat, HarrisMunfakh & Keinman (2007)	Désespoir	Sécurité	Déficits
	Douleur psychologique	Sécurité	Déficits
	Intention de mourir	Sécurité	Déficits
Kalafat, Gould, Munfakh & Kleinman (2007)	Désespoir	Sécurité	Déficits
	Détresse	État de santé psychologique	Déficits
Aubry, Lebel, Hodgson & Bouchard (2005a) (étude 2-TAO)	Détresse	État de santé psychologique	Déficits
	Stratégie d'adaptation efficace	Fonctionnement	Forces
	Stratégie d'adaptation inefficace	Fonctionnement	Déficits
	Urgence suicidaire	Sécurité	Déficits
Aubry, Lebel, Hodgson & Bouchard (2005b) (étude 2-DC)	Détresse	État de santé psychologique	Déficits
	Stratégie d'adaptation efficace	Fonctionnement	Forces
	Stratégie d'adaptation inefficace	Fonctionnement	Déficits
	Urgence suicidaire	Sécurité	Déficits
Aubry, Lebel, Hodgson & Bouchard (2005c) (étude 3-TAO)	Détresse	État de santé psychologique	Déficits
	Stratégie d'adaptation efficace	Fonctionnement	Forces
	Stratégie d'adaptation inefficace	Fonctionnement	Déficits
	Urgence suicidaire	Sécurité	Déficits

Tableau 2 (suite)

Caractéristiques des résultats mesurés

Étude	Résultat	Domaines de résultats en santé mentale	Approche évaluative
Aubry, Lebel, Hodgson & Bouchard (2005d) (étude 3-DC)	Détresse	État de santé psychologique	Déficits
	Stratégie d'adaptation efficace	Fonctionnement	Forces
	Stratégie d'adaptation inefficace	Fonctionnement	Déficits
	Urgence suicidaire	Sécurité	Déficits
Strohl (2005)	Désespoir	Sécurité	Déficits
	Douleur psychologique	Sécurité	Déficits
	Intention de mourir	Sécurité	Déficits
Becker (1997)	Urgence suicidaire	Sécurité	Déficits
Lavoie (2005)	Détresse	État de santé psychologique	Déficits
	Stratégie d'adaptation efficace	Fonctionnement	Forces
	Stratégie d'adaptation inefficace	Fonctionnement	Déficits
	Urgence suicidaire	Sécurité	Déficits

1. Quel est l'effet immédiat des interventions téléphoniques prodiguées par les SATs sur les appelants ?

Les tailles d'effet moyennes de chaque type de résultats sont rapportées au Tableau 3. On constate que les interventions téléphoniques des SATs ont en général un grand effet sur les idéations suicidaires, la sévérité du problème telle que perçue par l'appelant, la détresse et l'état mental des appelants. Ils ont un effet modéré quant aux stratégies d'adaptation efficaces, la douleur psychologique et les stratégies d'adaptation inefficaces des appelants. Les SATs ont un petit effet sur l'intention de mourir, l'urgence suicidaire, le désespoir et l'humeur dépressive de leurs appelants.

Tableau 3

Taille d'effet moyenne associée à chaque type de résultats

Type de résultat	<i>k</i> échantillon(s)	Hedges's <i>g</i>	Intervalle de confiance à 95%	
			Borne inférieure	Borne supérieure
Idéations suicidaires	1	1,250	0,991	1,509
Sévérité du problème	1	1,09	0,886	1,295
Détresse	7	0,991	0,831	1,152
État mental	1	0,795	0,573	1,017
Stratégies d'adaptation efficaces	5	0,558	0,450	0,667
Douleur psychologique	2	0,511	0,281	0,741
Stratégies d'adaptation inefficaces	5	0,498	0,411	0,584
Intention de mourir	2	0,478	0,196	0,759
Urgence suicidaire	8	0,449	0,304	0,594
Désespoir	3	0,444	0,315	0,573
Humeur dépressive	1	0,349	0,267	0,430

1a. Quel est l'effet immédiat des interventions téléphoniques prodiguées par les SATs sur les appelants si on catégorise les résultats en fonction du domaine de résultats en santé mentale ? L'effet immédiat des SATs sur les appelants en fonction du domaine de résultats en santé mentale est rapporté au Tableau 4 (voir l'Annexe B pour l'intégralité des statistiques générées). On constate que c'est sur l'État de santé psychologique ($g = 0,913$; IC à 95% : 0,724 à 1,103) que les SATs ont le plus grand effet positif significatif ($Z = 9,432$; $p < 0,001$). Les variations observées des tailles d'effet sont le résultat d'une distribution hétérogène ($Q = 166,403$; $p < 0,001$). Des analyses ultérieures serviront à vérifier si la variabilité observée pour la distribution des tailles d'effet de l'État psychologique peut être expliquée par des variables modératrices.

Tableau 4

Taille d'effet moyenne pour chaque catégorie des Domaines de résultats en santé mentale

Catégorie de résultat	k échantillons	Hedges's g	Intervalle de confiance à 95%	
			borne inférieure	borne supérieure
État de santé psychologique	10	0,913	0,724	1,103
Fonctionnement	5	0,540	0,468	0,612
Sécurité	11	0,458	0,363	0,552

Les SATs améliorent modérément, et ce de façon statistiquement significative, le Fonctionnement des appelants ($g = 0,540$; IC à 95% : 0,468 à 612 ; $Z = 14,647$; $p < 0,001$).

Aucune analyse de possible modérateurs ne sera poursuivie étant donné que les variations observées des tailles d'effet sont le résultat d'une distribution homogène ($Q = 4,275$; $p < 0,370$).

Les SATs ont un petit effet positif significatif sur la Sécurité des appelants ($g = 0,458$; IC à 95% : 0,363 à 552 ; $Z = 9,455$; $p < 0,001$). Les variations observées des tailles d'effet sont le résultat d'une distribution hétérogène ($Q = 64,012$; $p < 0,001$). Des analyses ultérieures serviront à vérifier si la variabilité observée pour la distribution des tailles d'effet de la Sécurité peut être expliquée par des variables modératrices.

1b. Quel est l'effet immédiat des interventions téléphoniques prodiguées par les SATs sur les appelants si on catégorise les résultats en fonction d'une approche évaluative centrée sur les déficits ou d'une autre centrée sur les forces ? Il est pertinent d'examiner si les SATs sont aussi efficaces à améliorer les forces des appelants qu'à diminuer leurs problèmes ou leurs déficits. Rappelons que seuls 13,89 % des résultats mesurés témoignent d'une approche évaluative centrée sur les forces plutôt que sur les déficits. En fait, ces « forces » correspondent à un seul type de résultats : les stratégies d'adaptation efficaces. Plutôt que de comparer l'efficacité des SATs entre les forces/stratégies d'adaptation efficaces et l'ensemble des résultats

correspondants à des déficits, l'auteure a préféré faire cette comparaison en utilisant seulement les déficits liés au type de résultats « stratégies d'adaptation inefficaces ».

On constate que les SATs ont un effet modéré positif significatif sur leurs appelants quant à l'emploi de stratégies d'adaptation efficaces ($g = 0,558$; $Z = 10,071$; $p < 0,001$). Ils ont également un effet moyen positif significatif sur leurs appelants pour ce qui est de l'emploi de stratégies d'adaptation inefficaces ($g = 0,498$; $Z = 11,267$; $p < 0,001$). Il semblerait ainsi que les interventions des SATs soient aussi efficaces, si non meilleures, à accroître les stratégies d'adaptation efficaces des appelants qu'à diminuer le nombre de stratégies inefficaces qu'ils emploient. Aucune analyse supplémentaire ne sera effectuée puisque la distribution des tailles d'effet des deux approches évaluatives sont homogènes ($Q[\text{forces}] = 7,606$; $p < 0,102$; $Q[\text{déficits}] = 5,415$; $p < 0,247$).

2. Que sait-on des facteurs pouvant modérer la relation entre les interventions téléphoniques et les résultats obtenus, pour ce qui est de l'effet immédiat des SATs ?

Nous examinerons maintenant les facteurs pouvant modérer la relation entre les interventions téléphoniques et les résultats obtenus pour ce qui est des deux catégories de Domaines de résultats en santé mentale pour lesquelles une distribution de tailles d'effet hétérogène a été observée. L'auteure examinera les modérateurs correspondant aux caractéristiques des intervenants, aux caractéristiques des appelants ainsi qu'aux caractéristiques de la méthode de collecte de données.

2a. Est-ce que l'ampleur de l'effet des SATs dépend du type d'intervenant prenant l'appel ? On peut se demander si l'ampleur de l'effet des SATs sur l'état de santé psychologique et le niveau de sécurité des appelants dépend du type d'intervenants prenant l'appel.

État de santé psychologique. La taille d'effet moyenne de l'État de santé psychologique des appelants servis par des bénévoles est de 0,896. Celle des appelants servis par des intervenants rémunérés est de 1,073. L'écart entre le groupe d'appelants servis par des bénévoles et ceux servis par des intervenants rémunérés n'est pas significatif ($Q_{between} = 0,304$, $df = 1$, $p = 0,582$), ce qui signifie que l'ampleur de l'effet des SATs sur leurs appelants n'est pas modéré par le type d'intervenant faisant l'appel.

Sécurité. La taille d'effet moyenne du niveau de Sécurité des appelants servis par des bénévoles est de 0,386. Celle des appelants servis par des intervenants rémunérés est de 1,038. L'écart entre le groupe d'appelants servis par des bénévoles et ceux servis par des intervenants rémunérés est significatif ($Q_{between} = 21,611$, $df = 1$, $p < 0,001$), ce qui signifie que les SATs améliorent davantage la sécurité des appelants lorsque l'intervention est faite par un intervenant rémunéré que par un intervenant bénévole. Il faut toutefois nuancer cette conclusion en ajoutant que cette comparaison implique sept études ayant des intervenants bénévoles (Mishara et Daigle, 1997; Aubry et al 2005a, 2005b, 2005c, 2005d; Becker, 1997; Lavoie, 2005) contre une seule ayant des intervenants rémunérés (c.-à-d. l'étude de King et al 2003).

Si l'on compare des études pour lesquelles les intervenants sont « mixtes » (bénévoles et/ou rémunérés, donc pour lesquelles une partie significative d'intervenants sont rémunérés) à d'autres où les intervenants sont bénévoles, l'effet modérateur du « type d'intervenant » disparaît : le groupe d'études ayant des intervenants mixtes ont une taille d'effet moyenne ($g = 0,441$) non statistiquement différente de celle des études ayant des intervenants uniquement bénévoles ($g = 0,386$) ($Q_{between} = 0,429$, $df = 1$, $p = 0,513$). Le groupe d'étude d'intervenants mixtes est formé de 3 études (Gould et al, 2007, Kalafat, 2007 et Strohl, 2005) plutôt que d'une seule pour le groupe d'intervenants rémunérés. Il est donc raisonnable de penser que la valeur de

taille d'effet moyenne pour le groupe mixte est moins vulnérable aux valeurs extrêmes. De plus, les données recueillies pour ces trois études sont basées sur des données recueillies dans huit SAT. Dans l'étude de Strohl par exemple, 50% des appels évalués ont été répondus par des intervenants rémunérés, 47% ont été répondus par des intervenants rémunérés et/ou bénévoles, et 3% ont été répondu par des bénévoles). Étant donné que le modèle utilisé dans les 3 études est comparables (8 SATs, différents types d'intervenants dont une grande proportion d'intervenants rémunérés), l'auteure juge que le groupe d'études « mixte » est une meilleure approximation du groupe d'études composées d'intervenants « rémunérés », même s'il contient une proportion significative d'intervenants bénévoles.

2b(i). Est-ce que l'ampleur de l'effet des SATs dépend de la « suicidabilité » de l'appelant ? On peut se demander si l'ampleur de l'effet des SATs sur l'état de santé psychologique et le niveau de sécurité des appelants dépend du niveau de suicidabilité des appelants.

État de santé psychologique. Lorsqu'on examine la taille d'effet moyenne du groupe d'appelants suicidaires avec celle du groupe non suicidaire, on constate un écart important entre les deux. Les SATs ont un effet significativement plus élevé sur l'État de santé psychologique des appelants suicidaires ($g = 1,004$; $Z = 13,172$; $p < 0,001$) que sur celui des appelants non suicidaires ($g = 0,349$; $Z = 8,2398$; $p < 0,001$) ($Q_{bet} = 57,001$, $df = 1$, $p < 0,001$).

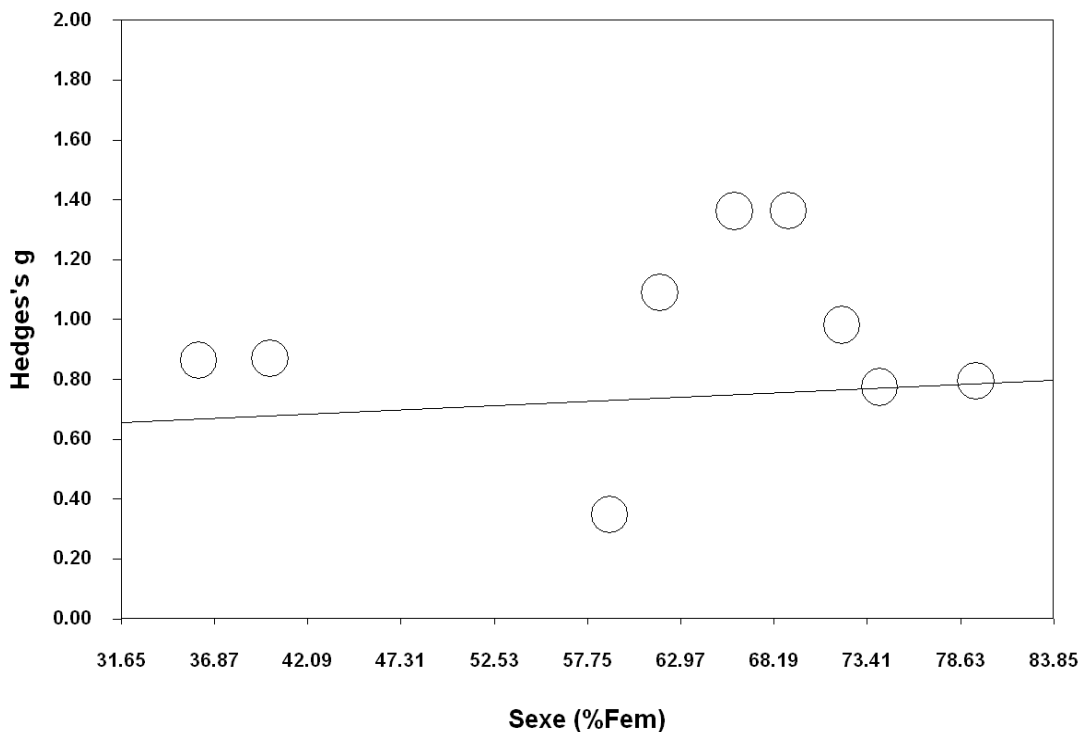
Sécurité. Lorsqu'on examine la taille d'effet moyenne du groupe d'appelants suicidaires avec celle du groupe non suicidaire, on constate un écart entre les deux. Les SATs ont un effet accroissent davantage le niveau de Sécurité des appelants suicidaires ($g = 0,545$) que des appelants non suicidaires ($g = 0,330$) ($Q_{bet} = 4,856$, $df = 1$, $p = 0,028$). Le niveau de suicidabilité des appelants modère donc l'effet des SATs sur le niveau de Sécurité des appelants.

2b(ii). Est-ce que l'ampleur de l'effet des SATs dépend du sexe des appelants ? On peut se demander si l'ampleur de l'effet des SATs sur l'état de santé psychologique et le niveau de sécurité des appelants dépend du sexe des appelants composant l'échantillon.

État de santé psychologique. Le nombre d'études ayant mesuré un résultat lié à l'état de santé psychologique des appelants et pour lesquelles le pourcentage de femmes de l'échantillon est également rapporté se chiffre à neuf. Ce nombre d'étude ne nous permet pas d'avoir la puissance suffisante pour détecter des effets. Une méta-régression a tout de même été effectuée sur les tailles d'effet des neuf études. On constate que le sexe de l'appelant ne modère pas l'ampleur de l'effet qu'ont les SATs sur l'état de santé psychologique de leurs appelants ($Q_{Model} = 3,14$, $df = 1$, $p = 0,076$). Les résultats non significatifs de cette méta-régression sont illustrés à la Figure 1 ci-dessous.

Figure 1

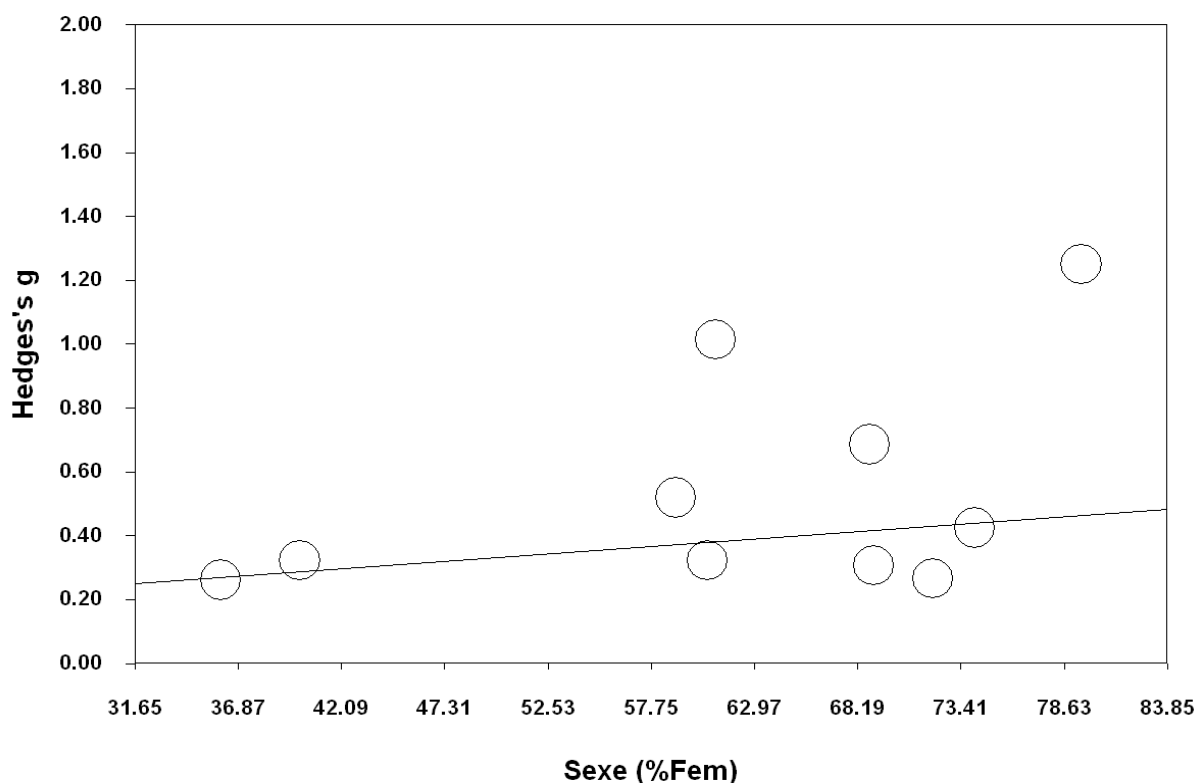
Méta-régression du lien entre le sexe des appelants et l'ampleur de la taille d'effet des SATs pour l'État de santé psychologique



Sécurité. Une méta-régression significative ($Q_{Model} = 10,571$, $df = 1$, $p = 0,001$) nous permet de constater l'effet modérateur du sexe de l'appelant. Cet effet modérateur est illustré à la Figure 2 ci-dessous. Ainsi, plus l'échantillon comprend de femmes, plus les tailles d'effet des SATs quant au niveau de Sécurité augmentent.

Figure 2

Méta-régression du lien entre le sexe des appelants et l'ampleur de la taille d'effet des SATs pour le niveau de Sécurité



2c(i). Est-ce que l'ampleur de l'effet des SATs dépend de la façon dont les données ont été recueillies auprès des appelants, c'est-à-dire... si c'est l'intervenant ayant répondu à l'appel d'aide ou si c'est un chercheur indépendant qui recueille les données auprès de l'appelant ? On peut se demander si l'ampleur de l'effet des SATs sur l'état de santé psychologique et le niveau de sécurité des appelants dépend du type « d'acteur » qui recueille les données évaluatives. Rappelons que sur les quatre modes de collecte de données envisagés,

seules trois méthodes ont été utilisées : l'intervenant s'adresse à l'appelant, l'intervenant observe l'appelant, et le chercheur indépendant observe l'appelant. Selon la littérature, les données les plus optimistes et les plus biaisées positivement sont celles recueillies par un intervenant plutôt que par un chercheur indépendant. Les données seraient également plus biaisées positivement lorsqu'on s'adresse directement à l'appelant plutôt que de l'observer.

État de santé psychologique. La taille d'effet moyenne des appelants dont l'État de santé psychologique a été recueilli par un intervenant est de 0,934. Celle des appelants dont l'État de santé psychologique a été recueilli par des chercheurs indépendants est de 0,890. L'écart entre les deux groupes n'est pas significatif ($Q_{between} = 0,028, df = 1, p = 0,866$), ce qui signifie que le fait d'avoir recours à un intervenant plutôt qu'à un chercheur indépendant n'influence pas l'ampleur des changements d'état de santé psychologique rapportés.

Sécurité. La taille d'effet moyenne des appelants dont le niveau de Sécurité a été recueilli par un intervenant est de 0,404. Celle des appelants dont le niveau de Sécurité a été recueilli par un chercheur indépendant est de 1,205. L'écart entre les deux groupes est significatif ($Q_{between} = 37,127, df = 1, p < 0,001$). Les chercheurs indépendants rapportent des tailles d'effet moyennes des SATs sur la Sécurité des appelants plus élevées que les intervenants. Encore une fois, il faut noter que cette comparaison oppose un groupe (« intervenants ») de 10 études contre un groupe (« chercheurs indépendants ») en contenant une seule (c.-à-d. l'étude de King et al (2003)).

2c(ii). Est-ce que l'ampleur de l'effet des SATs dépend de la façon dont les données ont été recueillies auprès des appelants, c'est-à-dire... en s'adressant à l'appelant plutôt qu'en l'observant ? On peut se demander si l'ampleur de l'effet des SATs sur l'état de santé psychologique et le niveau de sécurité des appelants dépend de « l'action » posée pour recueillir

les données évaluatives. Selon la littérature, les données seraient plus biaisées positivement lorsqu'on s'adresse directement à l'appelant plutôt que de l'observer.

État de santé psychologique. La taille d'effet moyenne des appelants dont l'État de santé psychologique a été recueilli en observant l'appelant est de 0,935. Celle des appelants dont l'État de santé psychologique a été recueilli en s'adressant à l'appelant est de 0,774. L'écart entre les deux groupes n'est pas significatif ($Q_{between} = 1,436$, $df = 1$, $p = 0,231$), ce qui signifie que le fait de prendre une mesure de l'état psychologique de l'appelant en l'observant ou en lui posant directement des questions n'influence pas l'ampleur des changements d'état de santé psychologique rapportés.

Sécurité. La taille d'effet moyenne des appelants dont le niveau de Sécurité a été recueilli en observant l'appelant est de 0,468. Celle des appelants dont le niveau de Sécurité a été recueilli en s'adressant à l'appelant est de 0,490. L'écart entre les deux groupes n'est pas significatif ($Q_{between} = 0,032$, $df = 1$, $p = 0,858$), ce qui signifie que le fait de prendre une mesure du niveau de Sécurité de l'appelant en l'observant ou en lui posant directement des questions n'influence pas l'ampleur des changements mesurés.

Discussion

Cette méta-analyse nous permet de conclure que les SATs produisent des changements significatifs positifs chez leurs clients. L'ampleur de cet effet varie en fonction du type ou de la catégorie de résultats observés. Elle est influencée par les caractéristiques des intervenants prenant l'appel, les caractéristiques des appelants, mais aussi par les caractéristiques de l'étude ayant servi à évaluer ces résultats. Les interventions fournies par les SATs engendrent des effets similaires à ceux rapportés pour les programmes et les services en santé mentale tels que la psychothérapie ou d'autres formes de counseling, de traitement ou de thérapie (par ex.,

programme de prévention primaire en santé mentale, traitements offerts par des professionnels en santé mentale ou en service social, interventions en travail social)(Lipsey & Wilson, 1993). Par conséquent, les SATs devraient occuper une place légitime au sein des discussions des partenaires publics, privés et communautaires en vue de l'instauration d'un système de santé mentale qui se veut opportun, accessible, inclusif et approprié aux besoins de la communauté.

L'effet immédiat des SATs quant aux domaines de résultats en santé mentale

Le domaine de résultats en santé mentale où les SATs ont l'effet immédiat le plus marqué correspond aux changements quant à l'état de santé psychologique des appelants. Les interventions des SATs diminuent de façon marquée leur détresse, leur humeur dépressive et leur anxiété. Les appelants ressortent de la conversation téléphonique avec l'impression que leur problème est moins grave qu'il ne l'était au moment de placer leur appel. Le fait que les SATs diminuent les symptômes de détresse psychologique est capital, puisque ces derniers sont au cœur même de la définition et de la racine des troubles mentaux et des maladies mentales (Commission de la santé mentale du Canada, Novembre 2009). En diminuant la détresse psychologique, les SATs contribuent à atténuer les conséquences négatives de la situation-problème des appelants, à freiner l'apparition de troubles mentaux ou à atténuer les conséquences négatives d'une maladie mentale.

Les SATs aident de façon modérée les appelants à mieux fonctionner, c'est-à-dire à mieux cerner, obtenir ou utiliser les ressources qu'ils possèdent afin de résoudre leurs problèmes ou de répondre à leurs besoins. À leur façon, les SATs améliorent le fonctionnement de leurs appelants et leur permettent d'exploiter de façon optimale et constructive les ressources dont ils disposent. Cette forme de soutien est capitale dans un système de santé mental composé d'un

ensemble fragmenté de programmes et de services pour lesquels il est souvent difficile de trouver les ressources nécessaires pour répondre à ses besoins (Commission de la santé mentale du Canada, Novembre 2009).

Les SATs accroissent modérément la sécurité de leurs appelants. Ils diminuent leur désespoir, leur douleur psychologique et leur désir de mourir ou leurs intentions de mettre fin à leurs jours. La suicidabilité des gens qui ont une certaine envie de se suicider ou de se blesser diminue modérément lorsqu'ils appellent un SAT. Ces résultats positifs immédiats des SATs corroborent la thèse soutenue par des chercheurs épidémiologiques sur les résultats à long terme des SATs, à savoir leur capacité à réduire le taux de suicide dans les communautés qu'ils desservent (Barracough & Shea, 1970; Bridge, et al., 1977; Jennings, et al., 1978; Leenars & Lester, 1995; Lester, 1997; Lester, et al., 1997; Medoff, 1986; Miller, et al., 1984).

L'effet immédiat des SATs quant à l'approche évaluative

L'approche évaluative utilisée par les chercheurs pour examiner l'effet immédiat des SATs sur leurs appelants est en grande partie centrée sur les déficits. Plus de 85 % des types de résultats ayant été mesurés et rapportés lors de l'évaluation de SATs ont à voir avec un problème, une lacune ou un déficit des appelants que l'on espère voir diminuer suite aux interventions téléphoniques. On sait maintenant que ces déficits ou problèmes diminuent modérément chez les appelants entre le début et la fin de l'intervention téléphonique. Cette façon d'évaluer l'efficacité des SATs est tout-à-fait pertinente et légitime considérant la nature de ce service et sa clientèle dont une proportion significative d'individus sont en crise, en crise suicidaire ou encore démontrent des symptômes correspondant à (sans être nécessairement diagnostiqué par une spécialiste) des troubles de santé mentale (Aubry, et al., 2005; Ingram, et al., 2008; Maltais, et al., 2009).

La réduction des déficits n'est toutefois pas le seul avantage associé aux SATs. En comparant la taille d'effet moyenne du groupe de « résultats-déficits » à celle du groupe de « résultats-forces », on réalise que les SAT ont un effet tout aussi grand pour accroître les forces des appelants que pour réduire leurs problèmes, du moins pour ce qui est des stratégies d'adaptation qu'ils utilisent pour gérer leur situation problématique. Cette capacité ou ce potentiel des SATs d'accroître les forces des appelants, que ce soit leur résilience, leurs habiletés, leurs connaissances, leurs ressources, leurs désirs, leurs sentiments de compétence, etc., n'est pas assez investigué dans l'évaluation de ces services.

La communauté d'intervenants et d'appelants gagnerait à ce que l'on évalue les résultats produits chez les appelants qui incluent des mesures axées sur les forces. Concrètement, l'étude des améliorations d'émotions ou de cognitions positives, consisterait, par exemple, à évaluer si les appelants manifestent davantage différentes « vertus ou forces » tout au long de l'appel. Peterson et Seligman (2004) proposent une classification de ces forces, c'est-à-dire des traits psychologiques positifs des êtres humains :

- *la sagesse et la connaissance* : les forces qui impliquent l'acquisition de connaissances (par ex. la créativité, l'ouverture d'esprit) ;
- *le courage* : les forces qui permettent à un individu d'accomplir ses buts dans l'adversité (par ex., la persévérance et la vitalité) ;
- *l'humanité* : les forces permettant à un individu de se lier aux autres et à s'en faire des amis (par ex., la gentillesse et l'intelligence sociale) ;
- *la justice* : les forces qui permettent de bâtir une communauté saine (par exemple le leadership) ;

- *la transcendance* : les forces qui permettent à un individu de se lier à quelque chose de plus grand que lui (par ex., la gratitude ou l'espoir).

De telles forces ont déjà été mesurées dans les études sur les SATs. Le *Crisis Call Outcome Form* (CCOF) est un outil ancré dans la théorie et la recherche sur la résolution de crise. Il a été utilisé par Echterling et Hartshough (1989) à la fin de 59 appels d'aide pour mesurer les résultats cognitifs, affectifs et comportementaux des appelants. Les résultats du CCOF comme « démontrer une plus grande assurance », « réfléchir plus clairement et d'une façon plus complète », « démontrer une meilleure prise de conscience émotionnelle » et « exprimer de la gratitude » font tous références à des forces telles que le courage, la sagesse et la transcendance. L'étude de Echterling et Hartshough n'a pas fait partie de cette méta-analyse parce qu'on ne mesure pas un changement dans l'état de l'appelant. Le CCOF pourrait tout de même être adapté afin d'étudier des changements dans les forces manifestées par les appelants du début à la fin des appels.

Le fait d'utiliser une approche évaluative axée sur les forces des appelants comporte plusieurs avantages. Premièrement, cette façon de faire pourrait être plus appropriée pour certains sous-groupes d'appelants qui ne vivent pas une grande détresse, crise ou crise suicidaire au moment de leur appel. Les appelants chroniques en sont un exemple. Les intervenants qui ont utilisé le système d'échelles d'Aubry et al (2005) mesurant, à l'instar de tous les autres systèmes d'évaluation dans ce domaine, une majorité de résultats-déficits, ont mentionné qu'une des difficultés de ce système est qu'il ne permet pas de voir des améliorations dans le cas des appelants chroniques. Le fait de ne pas pouvoir noter de changements, et particulièrement des améliorations, décourageait certains intervieweurs (Aubry, et al., 2005). Ce découragement se manifestant pour l'évaluation des appelants chroniques fait écho au découragement présent dans

le travail d'intervention auprès de ce sous-groupe d'appelants : les intervenants sont parfois démotivés puisqu'ils réalisent que les appelants chroniques continuent d'appeler le SAT en discutant des mêmes problématiques. Le fait d'adopter une approche axée sur les forces accroît le type de résultats qui est examiné et pourrait permettre de mettre en exergue un domaine où les appelants chroniques pourraient démontrer des changements positifs.

Une deuxième raison d'utiliser une approche évaluative centrée sur les résultats-forces a à voir avec la responsabilité sociale des évaluateurs : on s'arrange toujours pour réaliser ce qui est mesuré. L'auteure fait référence à la célèbre phrase de l'homme d'affaires américain Peter Drucker (1955) : « *What gets measured gets done* ». Ainsi, ce sur quoi les évaluateurs mettent l'emphase lors de l'évaluation est susceptible d'orienter les efforts des intervenants des SATs lors de leurs interventions téléphoniques, du moins lorsque ce sont eux qui sont responsables de recueillir les données évaluatives.

Par exemple, Aubry et ses collaborateurs (2005) ont formé les intervenants à utiliser les échelles d'observation de changements d'humeur dépressive, d'anxiété, d'urgence suicidaire ainsi que de stratégies efficaces et inefficaces. Les intervenants ont reçu une formation sur chacun de ces concepts et sur l'utilisation des échelles servant à les mesurer. Ces échelles servaient non seulement à faire une évaluation des services d'aide téléphonique, mais elles représentaient également la base d'un système permanent de mesure et de suivi des résultats de deux SATs (un situé au Québec; l'autre, en Ontario). Les intervenants des deux SATs ont affirmé, dans le cadre d'entrevues menées à la suite du projet, que d'avoir participé à l'évaluation leur a permis d'accroître leurs connaissances sur l'éventail et la complexité d'émotions (négatives) et de détresse dont peuvent faire preuve les appelants. Les intervenants ont aussi affirmé que les échelles (de résultats-déficits) leur servaient de guide dans leurs

interventions, les aidant à cibler plus intensément leur attention sur certains aspects du client et de ses émotions. On constate que l'évaluation des SATs n'est pas un processus neutre. Dans cette optique, certains évaluateurs pourraient considérer que l'évaluation des SATs doit aussi passer par la mesure de ce que les appelants font de bien relativement à la situation et à leurs buts, et par la mesure des améliorations qui se produisent chez les appelants quant aux forces, aux moyens, et aux capacités qu'ils démontrent du début à la fin de l'appel. Ce type d'approche évaluative formerait les intervenants sur les comportements verbaux ou vocaux des appelants manifestants des « forces ». Cela leur donnerait un nouveau système de repères pour orienter leurs interventions téléphoniques.

Facteurs modérateurs de l'ampleur de l'effet des SATs

Cette méta-analyse a permis d'étudier les facteurs pouvant modérer la relation entre les interventions téléphoniques et les résultats immédiats observés quant à l'état de santé psychologique et au niveau de sécurité des appelants.

Le premier facteur modérateur étudié est le type d'intervenants prenant l'appel d'aide. L'état de santé psychologique des appelants représente la catégorie de résultats pour laquelle il a été démontré que les SATs ont eu le plus grand effet. Il est intéressant de noter que les interventions téléphoniques prodiguées par des intervenants bénévoles ont autant d'effets bénéfiques sur l'état de santé psychologique des appelants que celles prodiguées par des intervenants rémunérés (King, et al., 2006; King, et al., 2003). Dans ce cas-ci, les études utilisées pour cette comparaison d'intervenants « bénévoles - rémunérés » fournissent des informations qui se rapprochent de la comparaison d'intérêt, c'est-à-dire la comparaison entre intervenants « professionnels – non professionnels ». Cinq des sept études représentant des intervenants bénévoles ont été réalisées dans des SATs où la majorité des intervenants ne sont pas des

professionnels de la santé mentale (c.-à-d. qu'ils ne sont pas des psychiatres, des psychologues ou des travailleurs sociaux, etc.). De plus, les deux études pour lesquelles les intervenants sont « rémunérés » ont été réalisées dans un SAT où les intervenants sont des diplômés de professions de la santé ou des sciences comportementales. Le type d'intervenants ne modère pas non plus l'effet des SAT sur le niveau de sécurité des appelants lorsqu'on compare les études employant des bénévoles à celles utilisant un groupe mixte d'intervenants (surreprésenté par des intervenants rémunérés).

Ainsi, les intervenants, qu'ils aient ou non reçu une formation en santé mentale, sont également habilités pour offrir des interventions téléphoniques améliorant l'état de santé psychologique et la sécurité des appelants. Ces résultats corroborent ceux de Echterling et ses collègues (Echterling & Hartsough, 1989; Echterling, et al., 1981; Echterling, Hartsough, & Zarle, 1980), selon lesquels les intervenants non professionnels génèrent autant de résultats positifs que les intervenants professionnels pour les appelants en général. Ils donnent un appui aux pratiques communautaires existantes selon lesquelles, dans les SATs, ce sont des bénévoles non professionnels, supervisés par un ou des employés ayant une formation en relation d'aide, qui prennent les appels d'aide.

Les caractéristiques des appelants constituent le deuxième type de facteurs modérateurs étudiés. On observe une plus grande amélioration de l'état de santé et du niveau de sécurité chez les appelants suicidaires. Ces résultats sont extrêmement intéressants pour deux raisons. D'une part, ils indiquent que les SATs réussissent à améliorer l'état du sous-groupe d'appelants vivant la plus grande détresse et la plus grande vulnérabilité.

D'autre part, on sait que la majorité sinon la totalité des SATs ont un modèle d'aide général qui s'applique à l'ensemble des appelants, mais qu'ils enseignent aux intervenants un

modèle d'intervention spécifique et différent du modèle d'aide de base pour gérer les appels impliquant une crise grave telle qu'une crise suicidaire (Kalafat, 2002). Ce modèle amène l'intervenant à jouer un rôle plus actif, parfois plus directif, et à mettre moins d'emphasis sur l'exploration des sentiments. Les étapes de ce modèle diffèrent de celles du modèle d'aide de base. Elles consistent à évaluer la situation (facteurs précipitants, problème(s) actuel(s) spécifique(s), contexte actuel, fonctionnement actuel de l'appelant, le risque, les personnes impliquées, durée de la crise), diminuer l'impact du stress sur la personne, aider l'individu à mobiliser ses ressources, aider l'individu à regagner le contrôle de ses émotions et ses pensées, terminer l'appel (Kalafat, 2002). Les intervenants des SATs reçoivent souvent une formation en intervention de crise durant leur formation de base (Lapointe-Goupil, 2004).

Étant donné les effets élevés et modérés des SATs sur l'état de santé psychologique et le niveau de sécurité des appelants suicidaires, et si l'on prend pour acquis que les SATs appliquent des procédures d'intervention semblables à celles décrites par le modèle de gestion de crise aiguë, on en conclut que ce modèle d'intervention reçoit des appuis empiriques par la présente méta-analyse. Il est raisonnable de penser que le succès de ce modèle repose à la fois sur ses assises théoriques et empiriques (il est ancré dans la théorie et sa mise en pratique est extrêmement répandue au sein des SATs), mais aussi sur le fait qu'il est adapté à un sous-groupe bien précis d'appelants. On pourrait s'inspirer du succès qu'ont les SATs chez les appelants suicidaires pour tenter d'élaborer des modèles d'intervention spécifique à d'autres sous-groupes d'appelants tels que les appelants chroniques.

Le troisième facteur modérateur de l'effet des SATs sur l'état de santé psychologique et sur le niveau de sécurité de leurs appelants est le sexe des appelants. On constate que plus l'échantillon est composé de femmes, plus l'effet des SATs sur le niveau de sécurité des

appelants augmente. Autrement dit, les SATs parviennent à diminuer davantage l'envie des appelants de se blesser ou de se tuer lorsque ces appelants sont des femmes. Ces résultats peuvent être interprétés de différentes façons. Une explication possible est que les femmes appelant un SAT concernant une problématique suicidaire sont différentes par rapport aux hommes pour ce qui est de leurs expériences reliées aux risques de suicide, et que ce sont ces différences qui entraînent des changements positifs plus prononcés, indépendamment de l'efficacité réelle de l'intervention téléphonique reçue. On sait, par exemple que les femmes ont plus souvent d'idéations suicidaires et font davantage de tentatives de suicide, mais que ce sont les hommes qui meurent le plus des tentatives de suicide (Langhinrichsen-Rohling, 2001). C'est peut-être cette plus grande « ambivalence » des femmes face au suicide qui transparait lorsqu'on évalue l'effet des interventions téléphoniques des SATs.

Une autre explication possible est que le type d'interventions prodiguées par les SATs est plus efficace à accroître le niveau de sécurité (donc à réduire le risque de suicide) chez les femmes que chez les hommes. Des études ont démontré que les femmes sont plus ouvertes à recevoir de l'aide professionnelle pour des problèmes de santé mentale et qu'elles y ont plus souvent recours que les hommes (Addis & Mahalik, 2003). Le fait que le sexe des appelants soit un modérateur de l'effet des SATs sur le niveau de sécurité des appelants devrait inciter les SATs à développer un modèle d'évaluation du risque de suicide et d'intervention en situation de crise suicidaire sensibles au sexe des appelants. Cela devrait également inciter les chercheurs à mesurer et à rapporter l'effet des SATs quant au niveau de sécurité séparément pour les hommes et les femmes.

Le quatrième et dernier modérateur examiné dans cette méta-analyse porte sur la façon dont les données ont été recueillies auprès des appelants. Le fait que l'intervenant s'adresse à

l'appelant pour recueillir des données plutôt que de l'observer (à son insu) n'influence pas l'ampleur de l'effet rapporté pour ce qui est de l'état psychologique et du niveau de sécurité des appelants. Ceci laisse supposer que les intervenants qui observent les appelants n'ont pas tendance à surévaluer positivement les changements qui surviennent chez ces derniers.

Le fait que ce soit l'intervenant ayant répondu à l'appel d'aide qui recueille les données évaluatives plutôt qu'un chercheur indépendant n'influence pas les tailles d'effet rapportées pour l'état de santé psychologique. Il semblerait toutefois que les chercheurs indépendants recueillant des données sur le niveau de sécurité des appelants rapportent de plus grandes améliorations que ne le font les intervenants. Il en reviendrait à dire que les intervenants sont plus « conservateurs » ou moins « optimistes » quant à l'ampleur des changements du niveau de sécurité des appelants. Il faut toutefois user de précaution dans la généralisation de ce dernier résultat puisqu'il repose sur la comparaison de 10 études pour lesquelles les données sont recueillies par un intervenant, contre une étude pour laquelle les données sont recueillies par un chercheur indépendant.

Pris dans leur ensemble, ces résultats indiquent que les données sur les résultats des SATs recueillies par les intervenants ne sont pas plus biaisées positivement que celles recueillies par des chercheurs indépendants ou que celles rapportées par les appelants eux-mêmes. Ils indiquent également que les évaluateurs peuvent choisir la méthode d'évaluation qui convient le mieux aux ressources financières et humaines disponibles pour l'évaluation du SAT, ainsi qu'aux valeurs, au mode de fonctionnement et au niveau « d'intrusion » accepté ou toléré par les intervenants et la direction du SAT.

Limites de la présente méta-analyse

Cette méta-analyse possède des limites qui restreignent la portée de ses conclusions et incite à la prudence dans l'interprétation des résultats. Voici les principales.

Système de codification. Dans le cadre de la présente méta-analyse, une seule personne a procédé à la codification des études, contrairement à la plupart des méta-analyses publiées qui utilisent un système de double codification – système où les études sont codifiées par deux juges indépendants- afin d'éviter les erreurs et les biais. Cette décision méthodologique repose en fait sur les ressources limitées dont disposait l'auteure dans le cadre de cette méta-analyse. L'auteure a toutefois tenté de minimiser les erreurs et les biais possibles en élaborant un formulaire de codification complet, rigoureux, simple et clair, ancré dans les meilleures pratiques. Elle a de plus validé ce formulaire auprès de deux experts : un expert en méta-analyses et l'autre, en évaluation de programmes (ayant aussi de l'expérience en évaluation de SATs). Il n'en demeure pas moins que dans le futur, les chercheurs de ce domaine devraient envisager la double codification pour extraire les informations primaires de chaque étude ainsi que pour catégoriser les variables dépendantes de chaque étude selon les regroupements utilisés pour les analyses.

Examen critique de la qualité des études. L'auteure n'a pas codifié la *qualité* de chacune des études incluses dans la méta-analyse. Le fait de recueillir des informations sur la qualité respective des études aurait potentiellement pu permettre de pondérer les tailles d'effet en fonction du niveau de qualité méthodologique de l'étude qui les a produites (Petticrew & Roberts, 2005). Une évaluation préliminaire des caractéristiques des études incluses dans la méta-analyse a toutefois permis à l'auteure de conclure qu'une variable modératrice constituée des scores de qualité aurait davantage été une constante puisque les études récupérées avaient un devis de recherche très semblable. La qualité étant très similaire d'une étude à l'autre, une pondération utilisant les scores de qualité aurait laissé les tailles d'effet « pondérés » pratiquement inchangées. Le fait de ne pas avoir codifié la qualité des études ne constitue donc pas une limite importante à la présente méta-analyse.

Type de devis de recherche des études incluses. Les tailles d'effet générées par la présente méta-analyse sont dans l'ensemble très élevées, allant d'un effet petit, mais surtout d'un effet modéré et très grand pour chacun des types de résultats. Ces tailles d'effet sont basées sur des informations générées par des études possédant un plan de recherche pré-post à groupe unique. Or, il a été démontré que les méta-analyses d'études possédant un devis pré-post génèrent des tailles d'effet plus grandes (et biaisées positivement, c'est-à-dire en faveur de l'intervention) que les méta-analyses reposant sur des études dont le devis implique un groupe de comparaison ou de contrôle (Lipsey & Wilson, 1993). Par conséquent, le fait que la présente méta-analyse repose entièrement sur des études non expérimentales limite notre capacité de pouvoir attribuer directement les améliorations des appelants aux services et au soutien offerts par les SATs.

Dans leur « méta-analyse des méta-analyses » en psychologie, éducation et autres traitements comportementaux, Lipsey et Wilson (1993) expliquent le biais positif causé par des devis pré-post de plusieurs façons : (a) le biais de disponibilité des études, (b) le biais causé par les petits échantillons, et (c) l'effet placebo généralisé.

Le biais de disponibilité des études provient du fait que les méta-analystes sélectionnent les études incluses dans leur méta-analyse parmi celles que l'on retrouve dans les recensions scientifiques. Les études publiées et portant sur l'efficacité d'un traitement ou d'un programme tendent à afficher des tailles d'effet plus grandes que celles qui n'ont pas été publiées (Greenwald, 1975; cité dans Lipsey et Wilson, 1993; p. 1194). L'auteure soupçonne que ce biais n'est pas présent au sein de la présente méta-analyse puisque la majorité des études incluses proviennent de la littérature grise : cinq sont des rapports techniques, deux sont des thèses et six sont des articles scientifiques.

Le biais causé par les petits échantillons engendre une surestimation des tailles d'effet. Lipsey et Wilson (1993) ont démontré que l'ampleur de ce biais est minime pour les tailles d'effet basées sur un échantillon de 50 cas ou plus. Les échantillons de 100 cas ou plus servent de référence pour calculer le biais positif retrouvé dans les échantillons plus petits. L'auteure soupçonne que les tailles d'effet de la présente méta-analyse ne sont influencées à la hausse par ce biais parce que, d'une part, la plupart des études incluses ont une taille d'échantillon de plus de 100 (les tailles d'échantillon varient de 30 à 1 617 appelants, pour une moyenne de 378 appelants par étude) et que, d'autre part, elle a utilisé une formule de calcul conservatrice (le *g* de Hedges) visant justement à corriger tout biais positif possible des petits échantillons.

Le biais de l'effet placebo généralisé pourrait influencer à la hausse les tailles d'effet de la présente analyse. Les améliorations observées chez les appelants pourraient être survenues spontanément, sans que cela ait quoi que ce soit à voir avec l'efficacité des interventions téléphoniques. Le degré d'influence de ce biais ne pourra pas être vérifié à partir des données disponibles.

Les tailles d'effet rapportées dans la présente méta-analyse sont probablement biaisées à la hausse. Il n'en demeure pas moins que plusieurs caractéristiques de la méta-analyse semblent indiquer que ce biais positif est limité.

Menaces à la validité interne et attribution des résultats observés. Les études incluses dans la méta-analyse possèdent un devis pré-post à groupe unique. Une des conséquences de l'emploi de ce type de devis de recherche non expérimental est qu'il est difficile d'attribuer les tailles d'effet observées exclusivement aux interventions téléphoniques des SATs dû à la présence de facteurs susceptibles d'invalider les résultats observés. Étant donné que les interventions téléphoniques durent en moyenne de 20 à 25 minutes et qu'il n'y a pas d'attrition

des participants entre les deux temps de mesure, on peut vraisemblablement exclure l'influence de certains « facteurs d'invalidité » tels que les *facteurs historiques* (événements étrangers à l'intervention pouvant influencer l'état des appelants) ou la *défection sélective* (le retrait sélectif des participants durant l'intervention qui aurait pour conséquence que le groupe de participants ne soit plus le même aux deux temps de mesure).

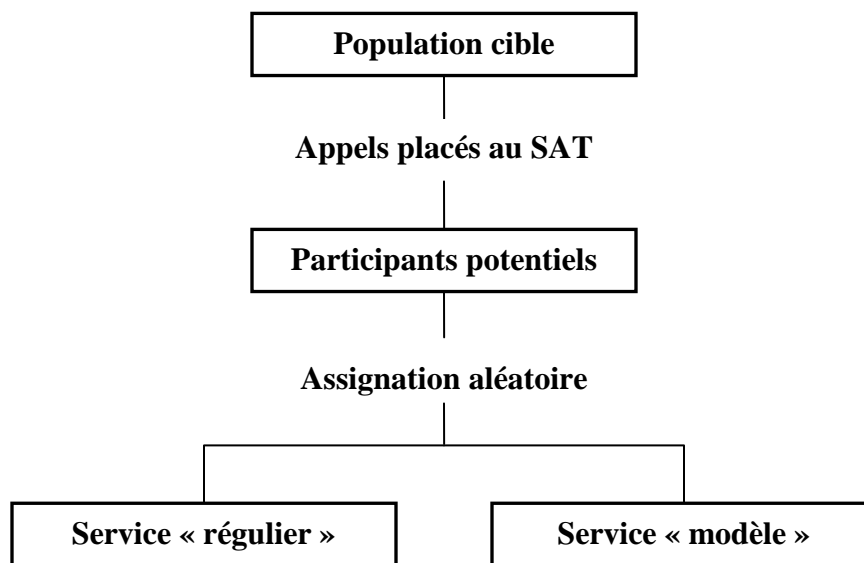
On ne peut toutefois pas exclure l'influence possible d'autres facteurs invalidants. La *maturation* des participants en est un : les effets observés pourraient être le résultat des processus psychologiques ou biologiques qui changent à l'intérieur des participants en fonction du simple passage du temps. La *régression statistique à la moyenne* en est un autre : les scores « extrêmes » lors de la mesure « pré » auront tendance à plus modérés lors de la mesure « post » dû l'erreur de mesure. Enfin, la *fluctuation de l'instrument de mesure* peut aussi expliquer en partie les résultats observés. L'état des appelants est évalué par des observateurs qui sont ou non impliqués dans l'intervention, Ces observations « subjectives » peuvent varier en fonction de la désirabilité sociale ou des attentes des observateurs. La présence possible de ces facteurs n'invalide pas l'ensemble des résultats de la méta-analyse, mais elle nous oblige néanmoins à la prudence dans l'interprétation des résultats. Elle nous rappelle que les tailles d'effet rapportées ne sont pas exclusivement attribuables aux interventions téléphoniques.

Solution d'un double problème d'attribution et d'éthique. Une façon de résoudre ce problème d'attribution causale serait de procéder à l'évaluation des SATs en utilisant un devis expérimental avec assignation aléatoire des participants à un groupe contrôle et un groupe expérimental. La raison pour laquelle un tel devis de recherche n'a jamais été utilisé auparavant dans le cadre de l'évaluation des SATs, c'est qu'il n'est pas éthique de priver un sous-groupe d'appelants d'une intervention d'aide téléphonique. Or, on pourrait utiliser un devis expérimental

tout en ne privant pas les appelants d'un traitement en évaluant l'efficacité des SATs dans le cadre d'un *projet de démonstration* (Orr, 1999) dont le devis de recherche impliquerait l'assignation aléatoire des appelants à deux types d'interventions d'aide téléphonique, et pour lequel une mesure pré et post intervention serait prise pour le groupe contrôle et pour le groupe expérimental. Ceci est illustré à la Figure 3 ci-dessous.

Figure 3

Devis expérimental pour procéder à l'évaluation des SATs



Le projet de démonstration consisterait à : (1) élaborer un service d'aide téléphonique « modèle », c'est-à-dire dont les principes, les valeurs, le style de gestion et d'intervention sont basés sur les savoirs les plus récents et les meilleures pratiques; (2) mettre en œuvre ce service modèle dans différents SATs *en parallèle* au service régulier; et à (3) évaluer systématiquement ces deux services (c.-à-d. faire l'évaluation de la mise en œuvre du service modèle et des caractéristiques du service régulier; l'évaluation des caractéristiques des interventions prodiguées par les deux services; et l'évaluation des effets proximaux des interventions prodiguées par les deux services). Les appels entrant à la ligne principale de chaque SAT seraient assignés

aléatoirement au service régulier ou au service modèle. Ainsi, toutes les personnes plaçant un appel aux SATs recevraient un service, ce qui résout le problème éthique.

Ce projet de démonstration permettrait de connaître l'ampleur de l'effet des SATs et de voir si cet effet diffère pour le service modèle et le service régulier. Notons qu'il y aura forcément une grande variabilité au niveau du degré de similitude entre les deux types de services au sein des différents SATs participant au projet de démonstration. Pour certains SATs, le service régulier sera très différent du service modèle. Pour d'autres, le service régulier ressemblera beaucoup au service modèle. Cette variabilité naturelle permettra d'apporter du soutien à l'hypothèse de causalité. En effet, l'ampleur de la différence entre le service régulier d'un SAT et le service modèle devrait être corrélée négativement avec l'ampleur des résultats observés chez les appelants. Autrement dit, plus l'écart entre les deux services est grand, plus l'effet immédiat observé chez les appelants du service régulier devrait être petit.

Conclusion

Cette méta-analyse des résultats immédiats des SATs chez leurs appelants est unique en son genre. Elle fournit des informations clés sur l'ampleur et la nature des changements survenant chez les utilisateurs des SATs ainsi que sur les facteurs clés modérant les effets observés. Les informations découlant de cette méta-analyse ont des implications autant pour la communauté de chercheurs et d'évaluateurs des SATs que pour les administrateurs, les gestionnaires et les intervenants œuvrant au sein de ce genre de service.

Cette méta-analyse offre aux évaluateurs et chercheurs du domaine des SATs un répertoire des types de résultats évalués en plus d'établir des barèmes quant à l'ampleur de l'effet des SATs que l'on peut s'attendre d'observer lors de l'évaluation de ce genre de service. Elle contient des informations clés qui éclaireront les choix méthodologiques liés à l'étude ou

l'évaluation des SATs, que ce soit au sujet de l'approche évaluative, du cadre conceptuel, des outils de mesure, des procédures ou de l'approche analytique à adopter.

Cette méta-analyse permet d'établir empiriquement l'importance des SATs dans leur ensemble en tant que services d'aide communautaires. Elle démontre que les interventions prodiguées par les SATs sont associées à des changements immédiats, importants et significatifs chez leurs clients. Toutes les informations qu'elle renferme ont plusieurs implications pratiques pour les administrateurs des SATs. Tout d'abord, ces informations peuvent être utilisées lors de la recherche de financement ou encore lors de l'évaluation et de la reddition de compte que les administrateurs sont appelés à faire. Elles leur donne des pistes d'amélioration des modèles d'aide et des pratiques en place dans leur organisme offrant le SAT. Ces informations leur fournissent des repères pour prendre des décisions concernant les formations à offrir aux intervenants et le type d'intervenants devant répondre aux appels d'aide.

Enfin, cette méta-analyse démontrant les bénéfices réels qui surviennent chez les utilisateurs des SATs est en soit un outil motivationnel puissant pouvant être utilisé auprès des intervenants pour leur démontrer la valeur de leur travail. L'auteure espère que cet ouvrage suscitera des discussions engageant les chercheurs, les administrateurs et les intervenants afin d'améliorer les services offerts aux clients de cet important service d'aide communautaire.

Références

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5-14.
- Aubry, T., Lebel, M., Hodgson, S., & Bouchard, D. (2005). *Development of an outcome monitoring system for crisis telephone services of the Distress Centre of Ottawa and Region & Tel-Aide Outaouais: final report*. Ottawa: University of Ottawa.
- *Aubry, T., Lebel, M., Hodgson, S., & Bouchard, D. (2005a). *Development of an outcome monitoring system for crisis telephone services of the Distress Centre of Ottawa and Region & Tel-Aide Outaouais: Final report*. Ottawa: University of Ottawa.
- *Aubry, T., Lebel, M., Hodgson, S., & Bouchard, D. (2005b). *Development of an Outcome monitoring system for crisis telephone services of the Distress Centre of Ottawa and Region: Final report*. Ottawa: University of Ottawa.
- *Aubry, T., Lebel, M., Hodgson, S., & Bouchard, D. (2005c). *Development of an Outcome monitoring system for crisis telephone services of the Distress Centre of Ottawa and Region: Final report*. Ottawa: University of Ottawa.
- *Aubry, T., Lebel, M., Hodgson, S., & Bouchard, D. (2005d). *Development of an Outcome monitoring system for crisis telephone services of the Distress Centre of Ottawa and Region: Final report*. Ottawa: University of Ottawa.
- Barracough, B. M., & Shea, M. (1970). Suicide and Samaritan clients. *The Lancet*, 2, 868-870.
- Bax, L., Yu, L.-M., Ikeda, N., & Moons, K. G. (2007). A systematic comparison of software dedicated to meta-analysis of causal studies. *BMC Medical Research Methodologie*, 7(40).

*Becker, L. A. (1997). *Efficacy of suicide prevention center telephone interventions*.

Unpublished doctoral dissertation, Temple University, Philadelphia, PA.

*Ben-Ari, A., & Azaiza, F. (2003). Effectiveness of help lines among sociopolitical minorities: a view from both sides of the lines. *Families in Society*, 84(3), 417-422.

Biostat Inc. (2006). *Comprehensive Meta Analysis (Version 2)*. Englewood, NJ: Biostat Inc.

Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P. T., & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to meta-analysis*. Chichester, United Kingdom: John Wiley and Sons, Ltd.

Bridge, T. P., Potkin, S. G., Zung, W. W. K., & Soldo, B. J. (1977). Suicide prevention centers: Ecological study of effectiveness. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 164, 18-24.

Brockopp, G. W. (2002a). An emergency telephone service: the development of a presence. In D. Lester (Ed.), *Crisis intervention and counseling by telephone*. Springfield, Illinois, U.S.A.: Charles C. Thomas.

Brockopp, G. W. (2002b). Selecting the telephone counselor. In D. Lester (Ed.), *Crisis intervention and counseling by telephone*. Springfield, Illinois, U.S.A.: Charles C. Thomas.

Burgess, N., Christensen, H., Leach, L. S., Farrer, L., & Griffiths, K. M. (2008). Mental health profile of callers to a telephone counselling service. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 14(1), 42-47.

Commission de la santé mentale du Canada. (Novembre 2009). *Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*. Ottawa, Canada: Commission de la santé mentale du Canada.

Drucker, P. F. (1955). *The Practice of Management*. London, UK: Butterworth-Heinemann publications.

Echterling, L. G., & Hartsough, D. M. (1989). Phases of helping in successful crisis telephone calls. *Journal of Community Psychology, 17*(3), 249-257.

Echterling, L. G., Hartsough, D. M., & Don, M. (1981). *Effects of helper and caller characteristics on the process and outcome of telephone crisis intervention*. Paper presented at the 89th Annual Convention of the American Psychological Association.

Echterling, L. G., Hartsough, D. M., & Zarle, T. H. (1980). Testing a model for the process of telephone crisis intervention. *American Journal of Community Psychology, 8*(6), 715-725.

Gliner, J. A., Morgan, G. A., & Harmon, R. J. (2003). Meta-analysis: formulation and interpretation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(11), 1376-1379.

*Gould, M. S., Kalafat, J., Harris Munfakh, J. L., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 338-352.

Hall, B., & Schlosar, H. (1995). Repeat callers and the Samaritan telephone crisis line - a Canadian experience. *Crisis, 16*(2), 66-89.

Hammond, W. (2010). *Principles of strenght-based practice*. Calgary, AB, Canada: Resiliency Initiatives.

Ingram, S., Ringle, J. L., Hallstrom, K., Schill, D. E., Gohr, V. M., & Thompson, R. W. (2008). Coping with crisis across the lifespan: the role of a telephone hotline. *Journal of Child and Family Studies, 17*(5), 663-674.

Jennings, C., Barrachough, B. M., & Moss, J. R. (1978). Have the Samaritans lowered the suicide rate? A controlled study. *Psychological Medicine, 8*(3), 413-422.

Joiner, T., Kalafat, J., Draper, J., Stokes, H., Knudson, M., Berman, A. L., et al. (2007).

Establishing standards for the assessment of suicide risk among callers to the National suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 353-365.

Kalafat, J. (2002). Crisis intervention and counseling by telephone: an update. In D. Lester (Ed.), *Crisis intervention and counseling by telephone*. Springfield, Illinois, U.S.A.: Charles C. Thomas.

*Kalafat, J., Gould, M. S., Harris Munfakh, J. L., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 1: nonsuicidal crisis callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 322-337.

*King, R., Bambling, M., Reid, W., & Thomas, I. (2006). Telephone and online counselling for young people: a naturalistic comparison of session outcome, session impact and therapeutic alliance. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6(3), 175-181.

*King, R., Nurcombe, B., Bickman, L., Hides, L., & Reid, W. (2003). Telephone counselling for adolescent suicide prevention: changes in suicidality and mental state from beginning to end of a counselling session. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(4), 400-411.

Langhinrichsen-Rohling, J. (2001). *A gendered analysis of sex differences in suicide-related behaviors: a national (U.S.) and international perspective*: University of South Alabama.

Lapointe-Goupil, 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.

*Lavoie, M. (2005). *Projet d'évaluation des services d'écoute téléphonique de Tel-Aide Montréal*. Montréal: École nationale d'administration publique.

- Leenars, A. A., & Lester, D. (1995). Impact of suicide prevention centers on suicide in Canada. *Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide*, 16(1), 39.
- Lester, D. (1997). The effectiveness of suicide prevention programs. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27, 304-310.
- Lester, D. (2002a). *Crisis intervention and counseling by telephone* (2nd ed.). Springfield, Illinois, U.S.A.: Charles C. Thomas.
- Lester, D. (2002b). The effectiveness of suicide prevention and crisis. In D. Lester (Ed.), *Crisis intervention and counseling by telephone*. Springfield, Illinois, U.S.A.: Charles C. Thomas.
- Lester, D. (Ed.). (2001). *Suicide prevention: resources for the millennium*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Lester, D., & Brockopp, G. W. (1970). Chronic callers to a suicide prevention center. *Community Mental Health Journal*, 6(3), 246-250.
- Lester, D., Saito, Y., & Abe, K. (1997). The effect of suicide prevention centers on suicide in Japan. *Crisis: Journal of Crisis Intervention and Suicide*, 18, 48.
- Leung, T. T. F., & Wong, H. (2005). Community reactions to the SARS crisis in Hong Kong: analysis of a time-limited counseling hotline. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 12(1), 1-22.
- Lipsey, M. W. (2000). Meta-analysis and the learning curve in evaluation practice. *American Journal of Evaluation*, 21(2), 207-212.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48(12), 1181-1209.

Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2000). *Practical meta-analysis* (Vol. 49). Thousand Oaks: SAGE Publications.

Maltais, D., Savard, S., & Gauthier, S. (2009). *Recherche sur l'efficacité des services d'aide téléphonique dispensés par cinq centres d'écoute membres de l'Association des Centres d'Écoute Téléphonique du Québec (ACETDQ)*. Chicoutimi: Université du Québec à Chicoutimi.

McCloskey, A. S. (2002). The use of the professional in telephone counseling. In D. Lester (Ed.), *Crisis intervention and counseling by telephone* (2nd ed.). Springfield, Illinois, USA: Charles C Thomas.

McDavid, J. C., & Hawthorn, L. R. L. H. (2006). *Program evaluation & performance measurement: an introduction to practice*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

McEwan, K., & Goldner, E. M. (2001). *Accountability and performance indicators for mental health services and supports: A resource kit*: Mental Health Evaluation and Community Consultation Unit, Department of Psychiatry, University of British Columbia.

McGee, R. K., & Jennings, B. (2002). Ascending to "lower" levels: the case for nonprofessional crisis workers. In D. Lester (Ed.), *Crisis intervention and counseling by telephone*. Springfield, Illinois, U.S.A.: Charles C. Thomas.

McGee, R. K., Richard, W. C., & Bercun, C. (1973). A survey of telephone answering systems in suicide prevention and crisis intervention agencies. In D. Lester & G. W. Brockopp (Eds.), *Crisis intervention and counseling by telephone* (pp. 24-40). Springfield, IL: Charles C Thomas.

Medoff, M. (1986). An evaluation of the effectiveness of suicide prevention centers. *Journal of Behavioral Economics*, 15, 43-55.

- Miller, H. L., Coombs, D. W., Leeper, J. D., & Barton, S. N. (1984). An analysis of the effects of suicide prevention facilities on suicide rates in the United States. *American Journal of Public Health, 74*(4), 340-343.
- Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., et al. (2007). Which helper behaviors and intervention styles are related to better short-term outcomes in telephone crisis intervention? Results from a silent monitoring study of calls to the U.S. 1-800-SUICIDE network. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 37*(3), 308-321.
- *Mishara, B. L., & Daigle, M. (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), 861-895.
- Orr, L. L. (1999). *Social experiments*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. Washington, D.C.: APA Press and Oxford University Press.
- Petticrew, M., & Roberts, H. (2005). *Systematic Reviews in the Social Sciences : A Practical Guide* Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Poister, T. H. (2003). *Measuring performance in public and nonprofit organizations*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Rosenthal, R. (1995). Writing meta-analytic reviews. *Psychological Bulletin, 118*(2), 183-192.
- Rosenthal, R., & DiMatteo, M. R. (2001). Meta-analysis: recent developments in quantitative methods for literature reviews. *Annual Review of Psychology, 52*, 59-82.
- Sainsbury, P., Wald, D., & Grad, J. (1966). Evaluating Gralignwell Hospital community psychiatric service in Chichester. *Milbank Memorial Fund Quarterly, 44*(2), 243-245.

- Slade, M. (2002). What outcomes to measure in routine mental health services, and how to assess them: a systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*(6), 743-753.
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1984). Telephone counseling and crisis intervention: a review. *American Journal of Community Psychology*, *12*(1), 101-126.
- *Strohl, R. (2005). *Immediate and intermediate changes in suicidality among callers to telephone crisis interventions*. Unpublished doctoral dissertation, Rutgers University, New Brunswick, New Jersey.
- Sun, S., Pan, W., & Wang, L. L. (2010). A comprehensive review of effect size reporting and interpreting practices in academic journals in education and psychology. *Journal of Educational Psychology*, *102*(4), 989-1004.
- W.K. Kellogg Foundation. (2004). Logic model development guide. W.K. Kellogg Foundation.
- Wholey, J. S., Hatry, H. P., & Newcomer, K. E. (2004). *Handbook of practical program evaluation* (Second ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Annexe A

Formulaire d'extraction et de codification d'informations

1.. INFORMATIONS SUR LE DOCUMENT RÉCUPÉRÉ

1.1.. Numéro d'identification : _____

1.2.. Auteurs : _____

1.3.. Année de publication : _____

1.4.. Titre du document : _____

1.5.. **Éligibilité de l'étude (satisfaction aux critères d'inclusion & vérification de la présence de critère d'exclusion)**

Satisfait aux critères d'inclusion

- 1.5.1. Étude portant sur une *intervention téléphonique ponctuelle*, de n'importe quelle durée, offerte par un pair aidant et impliquant une communication/échange verbal (inspiré de Dale et coll, 2009)
- 1.5.2. *Types de plan d'étude*: aucun plan de recherche ne sera écarté à priori, donc inclure les plans de recherche expérimentaux, quasi expérimentaux et non expérimentaux);
- 1.5.3. *Population d'intérêt*: tous les utilisateurs (adolescents, adultes, et personnes âgées) des SAT œuvrant en santé mentale.
- 1.5.4. *Intervention ciblée* : Tous les SAT œuvrant en santé mentale et offrant un des types de service suivants (nomenclature provient textuellement du rapport de Lapointe-Goupil (2004)) : (1) *Intervention de crise et prévention du suicide* ; (2) *Services psychosociaux généraux* (Les services psychosociaux généraux regroupent les lignes d'écoute, d'information, de soutien et d'évaluation-orientation qui s'adressent à la population générale. La problématique cernée, elle, peut être plus restreinte, mais toute personne a accès au service.); (3) *Services psychosociaux spécialisés* (Les SAT psychosociaux spécialisés s'adressent à une partie de la population. Ils donnent de l'information, du soutien, fond de l'évaluation-orientation et de l'intervention. À la différence des services psychosociaux généraux, ils s'adressent à des groupes particuliers qui utilisent parfois la ligne d'aide comme une porte d'entrée pour les autres services de l'organisme, le cas échéant.) *Ex.un problème de toxicomanie, de jeu problématique, violence domestique...*
- 1.5.5. *Résultats ciblés* : L'étude est porte sur *l'effet, l'impact ou l'efficacité d'un SAT* (ou veut découvrir si le SAT répond à ses objectifs) et mesure un *changement affectif, cognitif ou*

comportemental auprès des appelants. L'étude porte sur une évaluation de résultats d'un SAT. Les auteurs de l'étude ont tenté de déterminer si le SAT a atteint ses objectifs et si l'aide téléphonique fournie est associée aux résultats visés à court, moyen ou long terme auprès de leur clientèle cible. Des exemples de résultats recherchés sont la réduction de la détresse, la diminution de l'urgence suicidaire, la réduction de l'impact (négatif) des éléments cognitifs et affectifs dysfonctionnels présents chez l'individu en état de crise, l'appelant trouve des solutions pour résoudre son problème (élabore un plan d'action pour gérer la situation problématique), utilise les références qui lui ont été données afin d'améliorer son état.

Vérification de la présence de facteurs d'exclusion

- 1.5.6. Toute document qui *est écrit dans une autre langue que l'anglais ou le français*;
- 1.5.7. Étude portant sur un SAT offrant des *services thérapeutiques* (Lapointe-Goupil, 2004): parmi les services thérapeutiques à distance (par téléphone et internet), on retrouve la « thérapie par téléphone, qui revient à consulter à distance un(e) psychologue ou un(e) travailleur(euse) social(e) »;
- 1.5.8. L'intervention principale étudiée n'était *pas livrée par téléphone* (ex. est livrée par courriel, vidéoconférence ou internet; inspiré de l'étude de Dale et coll, 2009) (Attention, on inclut les études mesurant un SAT dont l'efficacité est comparé à groupe de gens recevant une aide par courriel, vidéoconférence ou par internet);
- 1.5.9. L'étude porte sur une intervention qui n'est *pas une intervention individuelle* (livrée à un seul individu à la fois);
- 1.5.10. Étude pour laquelle *l'intervention principale ne vise pas un problème psychosocial ou lié à la santé mentale* (ex. interventions pour le tabagisme; diabète de type II, The Prevention Plan™, dépendance à l'alcool, perte de poids). (inspiré de Leach & Christensen, 2006);
- 1.5.11. *Étude de sous-groupes populationnels spécifiques* (ex. procédures appliquées pour les individus vivant avec une dépression postmédicale) (inspiré de Leach & Christensen, 2006);
- 1.5.12. L'étude qui répond à tous les critères d'inclusion, mais le **format dans lequel les données sont rapportées ou le type de données rapportées** ne permet pas le calcul d'une statistique de taille d'effet.

2. NATURE DE L'INTERVENTION

2.1. CARACTÉRISTIQUES DU SAT

1.5.1. **Nombre de SATs étudiés** (nombre de SATs inclus dans l'étude, desquels provient l'échantillon d'appelants)

1.5.2. **Type de SAT** (Si l'étude porte sur plusieurs SAT, inscrire le % de SATs correspondant à chacune des catégories. Si l'étude ne porte que sur un seul SAT, inscrire 100% dans une de ces catégories) :

- _____ **a) Intervention de crise et prévention du suicide (%)**
 _____ **b) Services psychosociaux généraux (%)** (Les services psychosociaux généraux regroupent les lignes d'écoute, d'information, de soutien et d'évaluation-orientation qui s'adressent à la population générale. La problématique cernée, elle, peut être plus restreinte, mais toute personne a accès au service.)
 _____ **c) Services psychosociaux spécialisés (%)** (Les SAT psychosociaux spécialisés s'adressent à une partie de la population. Ils donnent de l'information, du soutien, fond de l'évaluation-orientation et de l'intervention. À la différence des services psychosociaux généraux, ils s'adressent à des groupes particuliers qui utilisent parfois la ligne d'aide comme une porte d'entrée pour les autres services de l'organisme, le cas échéant.)

1.5.3. **Modèle théorique** sous-jacent à l'aide téléphonique offerte ou **Pratiques d'interventions** (Inscrire le nom et/ou une description – Lorsque la codification des études sera complétée, on pourra peut-être classifier les réponses en un nombre réduit de modèles ou de types d'interventions) : _____
 On ne rapporte pas cette information

2.2. DURÉE DE L'INTERVENTION TÉLÉPHONIQUE

2.2.1 **Inscrire la durée moyenne des appels d'aide placés au(x) SATs pendant l'étude (en minutes):** _____
 On ne mesure ou ne rapporte pas cette information

2.2.2 **Mesure de dispersion de la durée des appels**
 Écart-type
 Variance
 Étendue
 On ne mesure ou ne rapporte pas cette information

2.2.3 **Mesure de dispersion de la durée des appels (en minutes):** _____

2.3. Mesure du processus d'intervention

2.3.1. Mesure-t-on, oui ou non, le processus d'aide téléphonique, le type d'interventions précises qui sont effectuées par les aidants?

Oui Non

2.3.2. Si oui, décrire le type d'instruments utilisé : _____

2.4. CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENANTS/AIDANTS

2.4.1. STATUT AU SEIN DE L'ORGANISME

Pourcentage rapportés d'aidants du SAT qui ont pris part à l'étude et qui sont...

- _____ Bénévoles (%)
 _____ Employés/rémunérés (%)
 _____ Mixte (l'échantillon comprend des intervenants bénévoles ou rémunérés ; OU l'échantillon comprend des intervenants qui sont à la fois bénévoles à temps partiel et rémunérés à temps partiel)
 On ne mesure ou ne rapporte pas cette information

2.4.2. FORMATION DE BASE

Durée moyenne de la formation reçue par les aidants du SAT qui ont pris part à l'étude (en heures) : _____

On ne mesure ou ne rapporte pas cette information.

Type de mesure de dispersion de la durée moyenne de la formation

- Écart-type
 Variance
 Étendue
 n/a (On ne mesure ou ne rapporte pas cette information)

Dispersion de la durée de la formation (en heures) : _____

On ne mesure ou ne rapporte pas cette information

2.4.3. EXPÉRIENCE D'AIDE TÉLÉPHONIQUE DES INTERVENANTS

L'expérience moyenne d'aide (post formation) des intervenants du SAT qui ont participé à l'étude (en heures) : _____

On ne mesure ou ne rapporte pas cette information.

Type de mesure de dispersion de la l'expérience des intervenants

- Écart-type
 Variance
 Étendue
 n/a (On ne mesure ou ne rapporte pas cette information)

Dispersion de l'expérience des intervenants : _____

- On ne mesure ou ne rapporte pas cette information

3. DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON (CARACTÉRISTIQUES DES APPELANTS FORMANT L'ÉCHANTILLON)**3.1. SEXE****3.1.1. ___ % Pourcentage des appelants ayant pris part à l'étude qui sont des femmes**

- On ne mesure ou ne rapporte pas cette information

3.2. ÂGE**3.2.1. Inscrire l'âge moyen des appelants du ou des SATs (en années) qui ont pris part à l'étude : _____**

- On ne mesure ou ne rapporte pas cette information

3.2.2. Mesure de dispersion de l'âge des appelants du ou des SATs ayant pris part à l'étude rapportée

- Écart-type
 Variance
 Étendue
 n/a (On ne mesure ou ne rapporte pas cette information)

3.2.3. Dispersion de l'âge des appelants du ou des SATS en années :

_____ ans

3.3. APPELANTS RÉGULIERS**3.3.1. ___ % Pourcentage d'appelants réguliers ayant placé des appels au(x) SAT(s) lors de l'étude**

- On ne mesure ou ne rapporte pas cette information

3.3.2. Définition ou description du concept « d'appelant régulier » fournie dans l'étude

- On ne rapporte pas cette information

3.4. NOUVEAUX APPELANTS

3.4.1. ___ % **Pourcentage de nouveaux appelants ayant placé des appels au(x) SAT(s) lors de l'étude**

On ne mesure ou ne rapporte pas cette information

3.4.2. **Définition ou description du concept « de nouvel appelant » fournie dans l'étude : _____**

On ne rapporte pas cette information

3.5. APPELANTS EN CRISE

3.5.1. ___ % **Pourcentage d'appelants vivant une crise lors de leur appel placé dans le cadre de l'étude**

On ne mesure ou ne rapporte pas cette information

3.5.2. **Définition ou description du concept « de crise » fournie dans l'étude : _____**

On ne rapporte pas cette information

3.6. APPELANTS SUICIDAIRES

3.6.1. ___ % **Pourcentage d'appelants « suicidaires »**

On ne mesure ou ne rapporte pas cette information

3.6.2. **Définition ou description du concept « d'appelant suicidaire » fournie dans l'étude : _____**

On ne rapporte pas cette information

4. TYPE DE PLAN DE RECHERCHE

4.1. **Inscrire le nom du plan de recherche ou en faire une description** (selon la catégorisation de Campbell & Stanley, 1963) :

- **Quasi expérimental** : Dans un plan quasi-expérimental, il n'y a pas d'assignation aléatoire des participants dans les différentes conditions.
- **Préexpérimental** : Plan posttest à groupe unique/One-shot case study; Plan prétest-posttest à groupe unique/One-group pretest-posttest Design; Plan posttest avec groupe témoin non équivalent/Static-group comparison) Dans un plan pré-expérimental, il n'y a aucune manipulation de variables indépendantes, ni d'assignation aléatoire des participants.

5. DESCRIPTION DE LA VARIABLE DÉPENDANTE (VD) (les sections 5 et 6 doivent être complétées pour chaque mesure de changement rapportée dans l'étude)

5.1. NOM DE LA VD : _____

5.2. DESCRIPTION DE LA VD : _____

5.3. TYPE D'EFFET POUR LEQUEL LA VD EST MESURÉE :

- Effet immédiat (comparaison T1-T2; prétest-posttest)
 Effet intermédiaire (comparaison T2-T3; posttest-suivi)

5.4. CATÉGORIES DE RÉSULTATS :

1. Niveau de fonctionnement ou niveau de symptômes de trouble de santé mentale
 2. Risque ou urgence suicidaire
 3. Stratégies d'adaptation
 4. Sévérité du problème

5.5. VALENCE DU RÉSULTAT :

1. Résultat positif/ accroissement d'une force de l'appelant
 2. Résultat négatif/ amélioration d'un problème ou d'une faiblesse de l'appelant

5.6. TYPE D'OUTIL UTILISÉ POUR MESURER LA VD :

5.7. LE NOMBRE DE POINTS D'ANCRAGE DE L'ÉCHELLE, S'IL Y A LIEU (sur une échelle de 1 à 7, on indiquera « 7 »; sur une échelle de 0 à 6, on indiquera également « 7 ») : _____

- n/a

5.8. LE SCORE MAXIMAL POSSIBLE QU'UN INDIVIDU PUISSE OBTENIR SUR LE QUESTIONNAIRE, S'IL Y A LIEU:

- n/a

5.9. Type d'administration de l'outil de mesure

- Outil autoadministré par l'appelant (ex., questionnaire contenant une mesure prétest rétrospective et une mesure posttest)
 L'intervenant s'adresse à l'appelant
 L'intervieweur indépendant s'adresse à l'appelant
 Observation de l'appelant par l'intervenant
 Observation de l'appelant par un chercheur indépendant

6. DONNÉES POUR LE CALCUL DE LA TAILLE D'EFFET (EFFECT SIZE)

6.1. NUMÉRO DE PAGE OÙ L'ON PEUT TROUVER LES DONNÉES PERMETTANT LE CALCUL DE L'AMPLEUR DE L'EFFET : _____

6.2. TAILLE DE L'ÉCHANTILLON : _____

6.3. MOYENNES, DIFFÉRENCES MOYENNES ET ÉCARTS-TYPES

6.3.1. ___ Moyenne du groupe au premier temps de mesure

n/a

6.3.2. ___ Écart-type du groupe au premier temps de mesure

n/a

6.3.3. ___ Moyenne du groupe au second temps de mesure

n/a

6.3.4. ___ Écart-type du groupe au second temps de mesure

n/a

6.3.5. ___ Différence moyenne entre les deux temps de mesure comparés

n/a

6.3.6. ___ Écart-type de la différence moyenne

n/a

6.4. LA DIFFÉRENCE BRUTE RAPPORTÉE ENTRE LES DEUX TEMPS DE MESURE (PRÉTEST-POSTTEST OU POSTTEST SUIVI) INDIQUE :

l'effet bénéfique des interventions téléphoniques

l'absence d'effet des interventions téléphoniques (aucune différence les deux temps de mesure)

l'effet délétère des interventions téléphoniques sur les appelants

on ne peut pas le dire ou les différences rapportées ne sont pas statistiquement significatives

6.5. TESTS DE SIGNIFICATION

5.5.1. ___ valeur de test-t (*t-value*)

n/a

5.5.2. ___ valeur du F (les degrés de liberté du numérateur doivent = 1)

n/a

5.5.3. ___ valeur du niveau de signification du test ($p = \dots$) :

6.6. CALCUL DE LA STATISTIQUE DE LA TAILLE D'EFFET

6.6.1. Le type de statistique de la taille d'effet déjà calculé par les auteurs est : _____

n/a

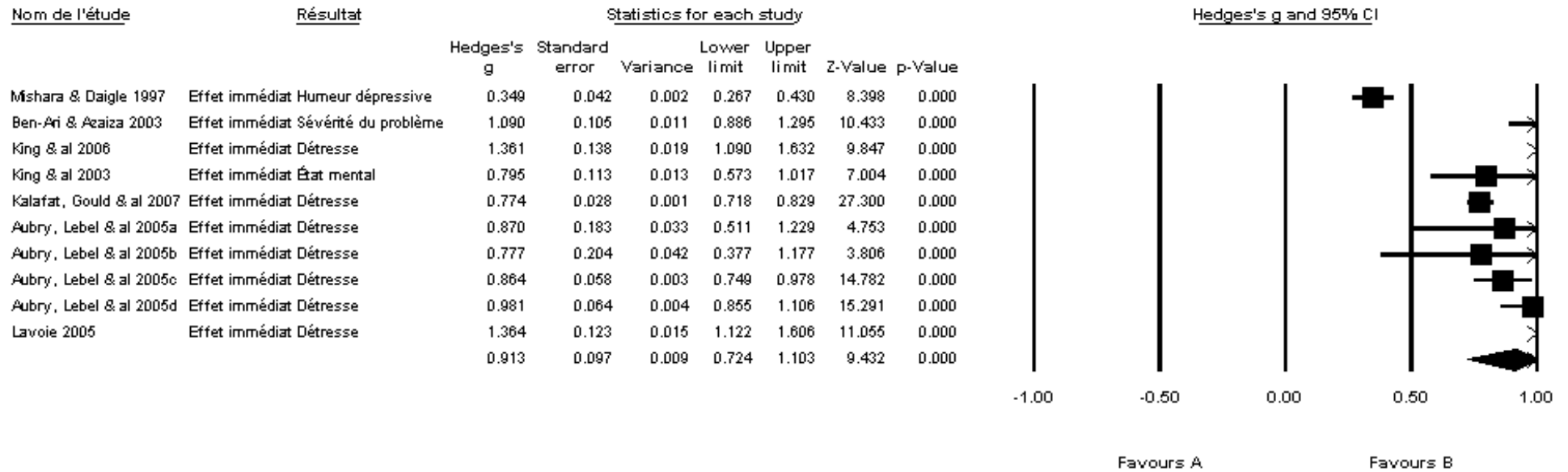
6.6.2. La taille d'effet calculé par les auteurs est de ... : _____

n/a

Annexe B

Effet immédiat des SATs en fonction du domaine de résultats en santé mentale

État de santé psychologique

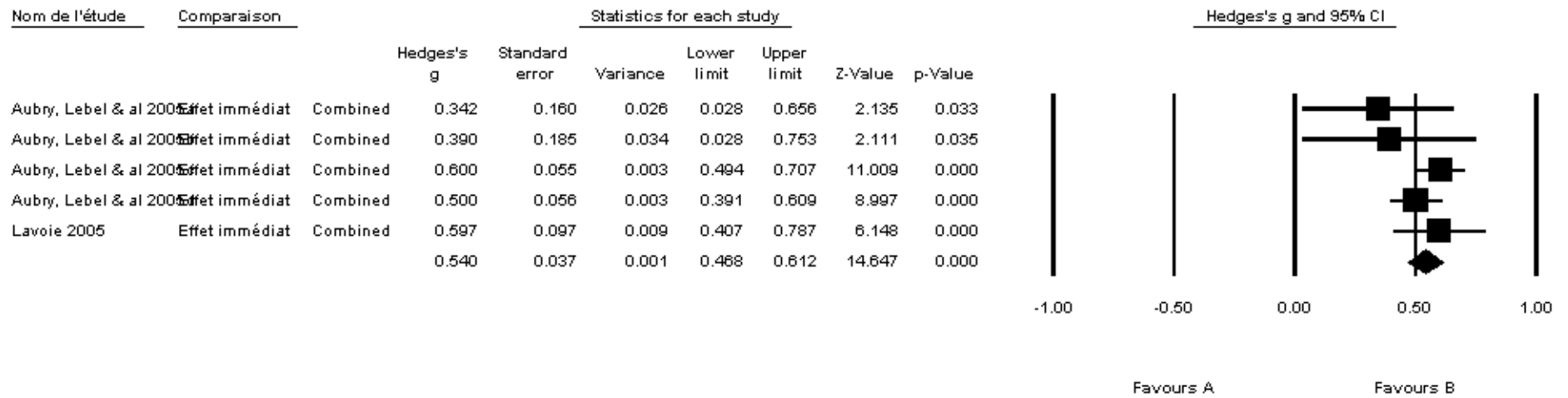


Meta Analysis

Model		Effect size and 95% confidence interval					Test of null (2-Tail)	
Model	Number Studies	Point estimate	Standard error	Variance	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value
Fixed	10	0.749	0.019	0.000	0.711	0.787	38.934	0.000
Random	10	0.913	0.097	0.009	0.724	1.103	9.432	0.000

Heterogeneity				Tau-squared			
Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
166.403	9	0.000	94.591	0.081	0.061	0.004	0.285

Fonctionnement

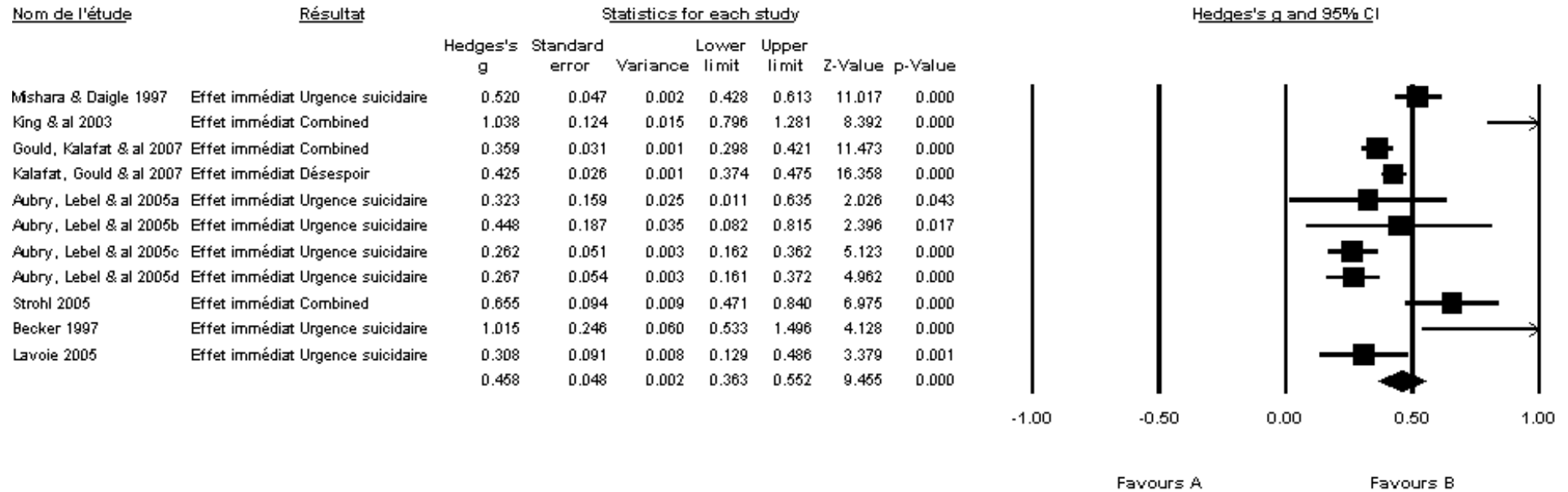


Meta Analysis

Model		Effect size and 95% confidence interval					Test of null (2-Tail)	
Model	Number Studies	Point estimate	Standard error	Variance	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value
Fixed	5	0.542	0.035	0.001	0.474	0.609	15.643	0.000
Random	5	0.540	0.037	0.001	0.468	0.612	14.647	0.000

Heterogeneity				Tau-squared			
Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
4.275	4	0.370	6.435	0.000	0.005	0.000	0.022

Sécurité



Meta Analysis

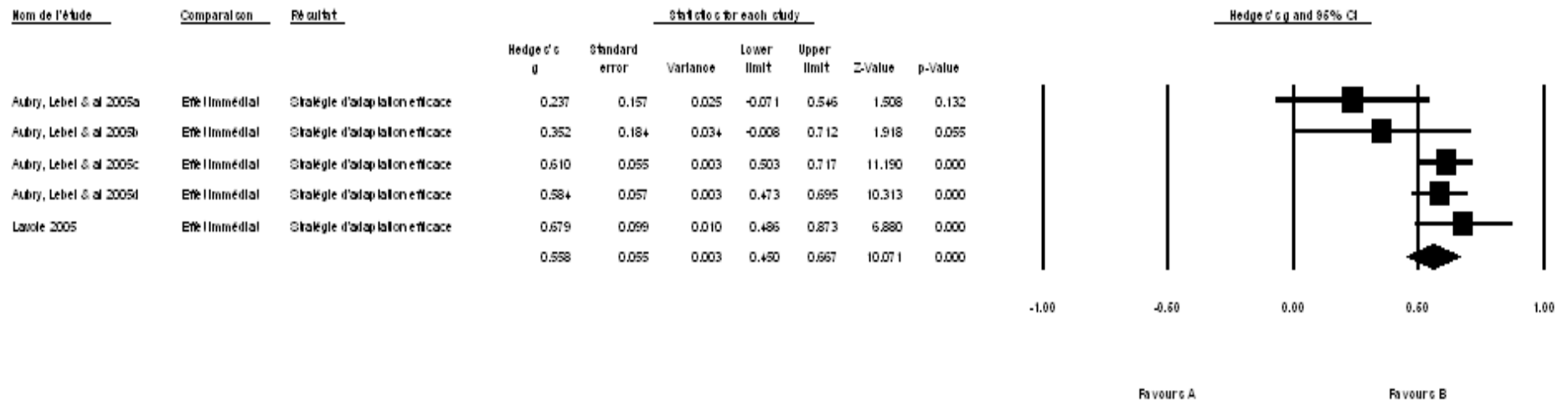
Model		Effect size and 95% confidence interval					Test of null (2-Tail)	
Model	Number Studies	Point estimate	Standard error	Variance	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value
Fixed	11	0.404	0.016	0.000	0.374	0.435	25.784	0.000
Random	11	0.458	0.048	0.002	0.363	0.552	9.455	0.000

Heterogeneity				Tau-squared			
Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
64.012	10	0.000	84.378	0.017	0.013	0.000	0.131

Annexe C

Effet immédiat des SATs en fonction de l'approche évaluative

Approche évaluative axée sur les forces

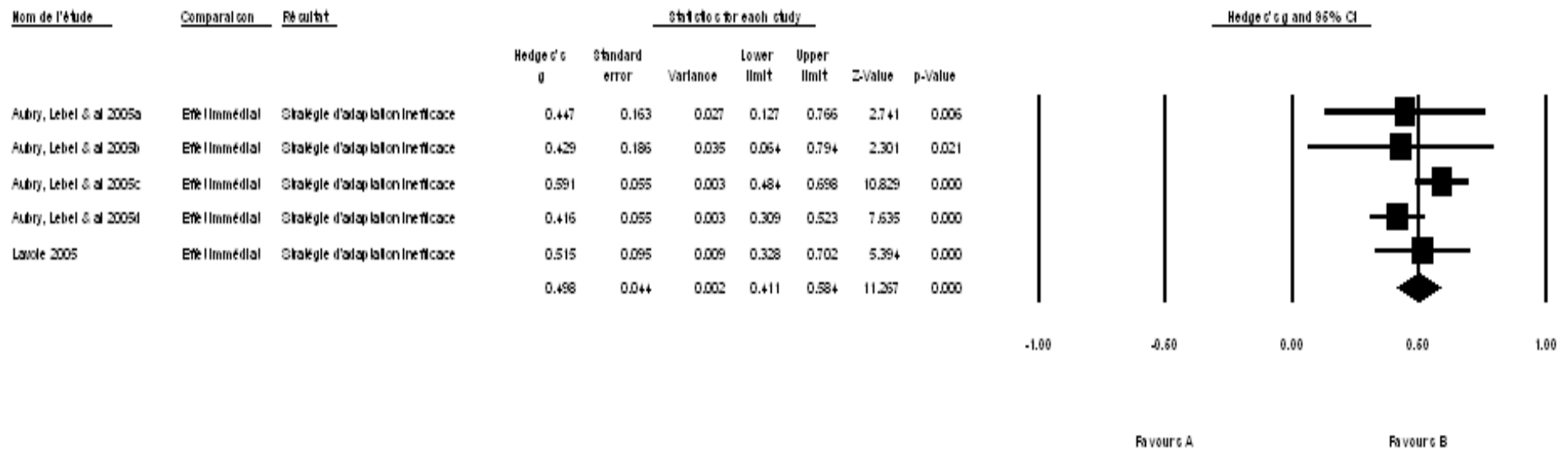


Meta Analysis

Model		Effect size and 95% confidence interval						Test of null (2-Tail)	
Model	Number Studies	Point estimate	Standard error	Variance	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value	
Fixed	5	0.581	0.035	0.001	0.513	0.649	16.651	0.000	
Random	5	0.558	0.055	0.003	0.450	0.667	10.071	0.000	

Heterogeneity				Tau-squared			
Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
7.606	4	0.107	47.408	0.007	0.011	0.000	0.081

Approche évaluative axée sur les déficits



Meta Analysis

Model	Effect size and 95% confidence interval						Test of null (2-Tail)	
Model	Number Studies	Point estimate	Standard error	Variance	Lower limit	Upper limit	Z-value	P-value
Fixed	5	0.500	0.034	0.001	0.433	0.567	14.562	0.000
Random	5	0.498	0.044	0.002	0.411	0.584	11.267	0.000

Heterogeneity				Tau-squared			
Q-value	df (Q)	P-value	I-squared	Tau Squared	Standard Error	Variance	Tau
5.415	4	0.247	26.134	0.003	0.007	0.000	0.050