

LES PERSONNES ÂGÉES ET LES SERVICES D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE : CE QU'EN PENSENT LES UTILISATEURS



DANIELLE MALTAIS¹, PH. D.,
PROFESSEURE TITULAIRE
UNITÉ D'ENSEIGNEMENT EN
TRAVAIL SOCIAL
DÉPARTEMENT DES SCIENCES
HUMAINES
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À
CHICOUTIMI



SÉBASTIEN SAVARD, PH. D.
PROFESSEUR AGRÉGÉ
ÉCOLE DE SERVICE SOCIAL
UNIVERSITÉ D'OTTAWA



SIMON GAUTHIER,
AGENT DE PLANIFICATION,
DE PROGRAMMATION ET
DE RECHERCHE CENTRE
DE RECHERCHE, APPLIQUÉE EN
INTERVENTION PSYCHOSOCIALE
(CRAIP) ALMA (QUÉBEC)

INTRODUCTION

Avec l'allongement de l'espérance de vie et la politique de maintien à domicile, un nombre non négligeable de personnes âgées vivant dans leur propre domicile sont sans ressources de soutien provenant des membres de leur entourage. En effet, l'organisation sociale, la marginalisation dont sont victimes plusieurs aînés ainsi que la montée de l'individualisme font en sorte que certaines personnes âgées ont très peu de contacts avec d'autres personnes. Certaines d'entre elles souffriront de solitude parce qu'elles demeurent seules et ne profitent pas d'un réseau social (famille, amis, voisins) pouvant les aider à répondre à leurs besoins d'ordre émotif ou domestique (entretien ménager, transport, repas, etc.). Les personnes âgées peuvent se retrouver dans cette situation à la suite d'un veuvage, en raison de la perte successive de personnes chères, de la prise de la retraite, de l'éloignement géographique des enfants ou en raison de conflits avec des proches. Certains aînés, indépendamment du lieu où ils demeurent ou de leur état de santé, se tourneront vers des centres d'écoute téléphonique (CET) pour partager leurs émotions et pour parler à une personne pouvant les réconforter. Ces centres, en garantissant l'anonymat aux appellants, peuvent permettre à des personnes de livrer leurs émotions sans se sentir juger.

Ces CET se retrouvent dans divers pays et certains d'entre eux peuvent répondre à des appels tous les jours de la semaine, 24 heures par jour. L'objectif principal sous-jacent à la mise en place de tels services consistait à pallier l'effritement grandissant du tissu social composé par la famille, la communauté et la sphère professionnelle (Ben-Ari et Azaiza, 2003; Lazar et Erera, 1998). L'important développement de ce type

particulier de soutien s'est fait plus de manière intuitive qu'empirique, rendant ainsi l'évaluation de l'efficacité des centres d'écoute plus ardue à réaliser (Ormond et coll., 2000; Lester, 2002).

Le présent article vise à présenter les résultats d'une étude réalisée auprès de 181 utilisateurs des services d'écoute téléphonique (SET) offerts par cinq centres du Québec; 66 de ces utilisateurs étaient des personnes âgées de 55 ans ou plus dont la plupart (68,8 %) avaient entre 55 et 64 ans (Maltais, Savard et Gauthier, 2010). Cette étude visait entre autres à mesurer le niveau de satisfaction des appelants quant aux services reçus et à documenter l'efficacité de ce type de services sur différents aspects de la santé psychologique des usagers. La première partie de cet article présente une recension des écrits qui apporte des informations sur le niveau de satisfaction des appellants quant aux services offerts par les CET et sur les effets de ceux-ci sur certains aspects de l'humeur des appelants. La seconde section apporte des informations sur les aspects méthodologiques qui sont à la base de notre étude. Enfin, la troisième section présente les principaux faits saillants de notre étude en ce qui a trait à la satisfaction des 66 personnes âgées quant à l'accueil reçu des écouteurs et à l'efficacité perçue par les écouteurs des SET auprès des personnes âgées.

RECENSION DES ÉCRITS

En règle générale, dans la majorité des études recensées, les appellants s'avèrent très satisfaits de l'aide qu'ils ont pu recevoir d'un centre d'écoute. Ce constat est soutenu entre autres par deux études canadiennes réalisées par Stanton (2000) et le RMI Group (1999). Les données de ces études révèlent qu'entre 84 % à 87 % des appellants ont perçu l'intervention téléphonique

¹ Danielle Maltais est professeure à l'Unité d'enseignement en travail social à l'Université du Québec à Chicoutimi depuis janvier 1994. Détentrice d'un doctorat en sciences humaines appliquées de l'Université de Montréal, elle oeuvre depuis plusieurs années dans le domaine des conséquences des événements traumatisques et des catastrophes sur la santé des individus et des intervenants. Elle détient une maîtrise en travail social et un baccalauréat en science politique. Elle a participé à l'élaboration et au développement de plusieurs projets de recherche en promotion de la santé au cours des derniers 25 ans. Depuis 1996, elle a développé un champ de recherche sur les conséquences des événements traumatisques sur la santé des victimes et des intervenants rémunérés ou bénévoles appelés à appliquer les mesures d'urgence.

qu'ils ont reçue comme satisfaisante. Plus des trois quarts des appellants au *London and District Centre* (RIM Group, 1999) ainsi que 68 % des appellants d'un centre de l'État du Michigan (Slem et coll., 1973) ont affirmé que le CET avec qui ils sont entrés en relation a répondu à leurs attentes initiales. La vaste majorité des appellants jugent les écoutants comme étant « bons » ou « excellents » (Maltais, Savard et Gauthier 2010; Gingerich et coll., 1988) et disent que leurs interventions sont adéquates et pleines de compréhension (Knox et coll., 1983; Hornblow et coll., 1980; Rogers et Rogers, 1978; King, 1977).

Pour leur part, les études portant sur les effets des caractéristiques des CET et sur leur efficacité arrivent à des résultats contradictoires. Ainsi, des études soulignent que certains facteurs renforcent la pertinence de l'utilisation du téléphone comme médium d'intervention auprès de

tion à caractère plus thérapeutique ou d'écoute active. Cet usage conventionnel du téléphone peut générer une distorsion dans l'offre d'un service d'aide téléphonique en le rendant davantage de nature conversationnelle que thérapeutique (Lester et Brockopp, 1970). En second lieu, l'écoutant peut se sentir, à l'intérieur d'un service offert au téléphone, moins en contrôle de la relation entre lui-même et l'appelant (Lester, 2002). En troisième lieu, l'anonymat peut parfois donner l'occasion à l'appelant d'effectuer des appels pouvant déstabiliser fortement l'écoutant (Leising, 1985; Lester, 2002). En dernier lieu, les SET peuvent contribuer à la réduction du tissu social d'une communauté en ne permettant pas la réunion véritable (en personne) de l'appelant avec d'autres individus pouvant le soutenir; par conséquent, ils peuvent renforcer un certain état de dépendance à l'égard des centres d'écoute (Lester, 2002).

La plupart des études consultées démontrent que l'écoute téléphonique peut diminuer la présence de manifestations dépressives.

clientèles diversifiées. Tout d'abord, l'appelant verrait son sentiment de pouvoir rehaussé parce qu'il peut interrompre à sa guise l'appel en cours (Lester, 2002; Reese, Conoley et Brossart, 2002, 2006). L'anonymat des appels est une caractéristique pouvant également amener une personne à avoir recours à un service d'écoute téléphonique. En effet, chez les appellants, le caractère confidentiel semble être une condition favorisant le dévoilement des pensées et des sentiments qui les habitent (Reese, Conoley et Brossart, 2002, 2006; Lester, 2002; Ko et Lim, 1996). De plus, l'anonymat peut faire tomber certaines barrières, qu'elles soient réelles ou psychologiques; ce qui a pour effet de diminuer, chez les appellants, certaines angoisses telles que celle de paraître ridicule (Lester, 2002) ou faible. L'accessibilité et l'immédiateté constituent deux autres facteurs pouvant expliquer l'attrait des personnes en difficulté à l'égard d'un soutien de nature téléphonique (Ko et Lim, 1996; Lester, 2002; Coman, Burrows et Evans, 2001).

Cependant, Lester et Brockopp (1973) ont noté que le téléphone est généralement utilisé pour la conversation et non dans le cadre d'une interven-

En ce qui a trait aux effets des CET sur la santé psychologique ou l'humeur des appellants, la plupart des études consultées démontrent que l'écoute téléphonique peut diminuer la présence de manifestations dépressives (Ko et Lim, 1996; Mishara, et Daigle, 1997), d'idées suicidaires (King, Nurcombe, Leonard et Leanne, 2003; Mishara, et Daigle, 1997; Rhee, Merbaum, Michael, Michael et Susan, 2005) ou la perception subjective des appellants en ce qui a trait à la sévérité de leurs problèmes (Slakeu et Willis, 1978). Par contre, dans une méta-analyse examinant 14 études intéressées à évaluer les effets préventifs de 14 centres de prévention du suicide sur le pourcentage de suicide, Lester (1997) a démontré que les services offerts par sept de ces centres ont effectivement eu un effet préventif sur la clientèle suicidaire, l'un d'eux aurait eu l'effet d'augmenter le taux de suicide et aucun effet significatif (préventif ou facilitateur) n'aurait été observé statistiquement pour ce qui est des six autres centres d'écoute.

Un certain nombre d'études ont ainsi cherché à évaluer l'impact des services d'écoute téléphonique sur les appellants, mais aucune ne s'est



Un total de 66 personnes âgées ont alors accepté de participer à ce premier volet de notre étude.

vie avec des messages l'invitant à utiliser les ressources disponibles en cas de besoin. Notre étude veut donc vérifier comment les personnes âgées de 55 ans ou plus se positionnent quant aux services d'écoute téléphonique. Plus précisément, les objectifs poursuivis sont les suivants : 1) identifier les principales caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé psychologique des appelants âgés de 55 ans et plus qui utilisent les SET; 2) documenter les motifs à l'origine des appels des personnes âgées, 3) évaluer le niveau de satisfaction à court et à moyen terme des appelants à l'égard des services reçus et 4) évaluer les effets des SET sur le niveau d'humeur dépressive, d'anxiété, d'urgence suicidaire et de détresse psychologique des appelants au début et à la fin de leur appel initial.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

La méthodologie utilisée dans la présente étude se base, entre autres, sur l'étude conduite par Aubry, Lebel, Hodgson et Bouchard (2005). Cette recherche qui s'est étalée sur une période de 2 ans visait à élaborer un système d'évaluation interne des SET de deux centres de la région d'Ottawa/Gatineau. Toutefois, certains instruments de mesure ont été ajoutés à l'intérieur de la présente étude afin de répondre à nos propres objectifs de recherche.

Le mode de recrutement des participants

Deux catégories de participants ont été appelés à contribuer à cette étude, soit des écoutants (bénévoles ou rémunérés) et des appelants. En ce qui concerne les écoutants, ils ont été recrutés via une lettre envoyée aux directeurs et directrices des cinq centres d'écoute téléphonique retenus pour

participer à notre étude leur expliquant les grandes lignes de la recherche (objectifs, modalités de l'étude, durée de l'enquête, etc.) et la contribution attendue de l'équipe de recherche envers leur centre. Un dépliant destiné aux bénévoles de leur centre a été également produit afin de leur présenter le projet et de les inviter à participer à l'étude. Ces écoutants avaient à évaluer les effets du service d'aide sur l'humeur des appelants entre le début et la fin de leur appel (objectif 4).

Pour sa part, le mode de recrutement des appelants s'est effectué en deux temps. Dans un premier temps, les écoutants ont sollicité, lors de la terminaison de chaque appel, la participation des appelants à une courte entrevue téléphonique réalisée avec un autre bénévole et visant à effectuer l'évaluation des services d'aide téléphonique à partir de quelques questions à choix de réponses. Un total de 66 personnes âgées ont alors accepté de participer à ce premier volet de notre étude. Dans un deuxième temps, une fois l'entrevue complétée, les écoutants/intervieweurs ont demandé aux appelants participant à l'étude s'ils souhaitaient participer à une entrevue de suivi téléphonique trois semaines après l'appel en cours. Suite à l'acceptation d'un appelant à être rejoint une seconde fois, les écoutants bénévoles ou rémunérés avaient à proposer à celui-ci une alternative, soit téléphoner ultérieurement à un évaluateur externe ou recevoir un appel de ce dernier, une fois le délai de trois semaines passé. Un total de 26 appelants âgés de 55 ans ou plus (soit 39,4 %) ont alors complété le deuxième volet de cette étude. Parmi ces 26 personnes, 68 % étaient âgées de 55 à 64 ans et 24 % avaient entre 65 et 74 ans.

Les outils de collecte des données

La présente étude a utilisé, entre autres, les instruments de mesure élaborés par Aubry et coll. (2005) pour explorer, chez les appelants, divers indicateurs généralement associés à l'efficacité d'un service d'aide téléphonique tels que le niveau de détresse, le déploiement de stratégies d'adaptation efficaces ou non, le niveau d'urgence suicidaire ainsi que le degré de satisfaction quant au service qu'ils ont effectivement

reçu. Pour la mesure du niveau de satisfaction des appelants, la version à huit questions du *Consumer Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8) a été utilisée (Larsen, Attiksson, Hargreaves et

lors de leur appel initial. La dernière partie porte sur les effets de l'utilisation des services d'écoute téléphonique sur différents aspects de l'humeur des répondants.

La collecte des données réalisées auprès des participants, trois semaines après leur appel initial, a permis de constater que 46,2 % des répondants présentaient une souffrance mentale significative (score égal ou supérieur à 12).

Nguyen, 1979). Il permet d'évaluer le niveau de satisfaction de l'appelant quant à plusieurs dimensions de l'aide qu'il a reçue : l'environnement physique, les facteurs reliés à l'intervenant et à l'organisation, la nature du service, la qualité du service, le nombre et la durée des entrevues, le résultat de la consultation, les procédures administratives déployées à travers le service et le niveau de satisfaction générale. Pour sa part, la santé psychologique des appelants a été évaluée, lors de la deuxième étape de notre étude, à l'aide de la version française à 12 questions du *General Health Questionnaire* (Goldberg, 1992). La cotation du GHQ-12 varie de 0 à 3 points (0-1-2-3). Le pointage total peut donc se retrouver sur un continuum allant de 0 à 36. Il est admis qu'un score égal ou supérieur à 12 constitue un indicateur attestant l'existence potentielle d'une souffrance mentale et qu'un score supérieur à 20 signifie la présence potentielle d'une pathologie. Cet outil de mesure qui permet d'évaluer l'état mental de la clientèle est internationalement validé (Vieweg et Hedlung, 1983).

Saisie et analyse des données

Le traitement et l'analyse des données quantitatives ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS version 12. Des tests statistiques de type khi carré ont été effectués afin de vérifier la présence ou non de relations significatives entre les différentes variables à l'étude.

RÉSULTATS

Cette section se subdivise en quatre parties. La première présente les informations concernant les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé psychologique des répondants. Les deuxième et troisième parties apportent des renseignements sur les motifs à l'origine des appels des personnes âgées et sur leur niveau de satisfaction quant aux services qu'ils ont reçus

Caractéristiques sociodémographiques et état de santé psychologique des répondants

Les données obtenues par le moyen du questionnaire administré immédiatement après l'appel initial permettent de dresser le profil type des personnes âgées qui utilisent les services d'écoute téléphonique. Cette personne est une femme âgée de 55 à 64 ans, vivant seule, faiblement scolarisée et qui considère que son revenu est satisfaisant. Ainsi, la majorité des personnes âgées ayant accepté de participer à notre étude sont des femmes (70,3 %) qui vivent seules (82,8 %) et qui détiennent un diplôme d'études de secondaire V ou moins, ou un diplôme d'études professionnelles (66,6 %). De nombreux répondants sont également âgés de 55 à 64 ans (69,8 %), 17,4 % sont âgés de 65 à 74 ans et 12,7 % ont 75 ans et plus. La majorité des répondants estiment que leur revenu est suffisant pour subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille (47,6 %) ou considèrent qu'ils sont à l'aise financièrement (12,7 %). Pour leur part, près du quart des personnes âgées (23,8 %) estiment être très pauvres tandis que 15,9 % se considèrent comme pauvres.

En ce qui a trait à l'état de santé psychologique des répondants, la collecte des données réalisées auprès des participants, trois semaines après leur appel initial, a permis de constater que 46,2 % des répondants présentaient une souffrance mentale significative (score égal ou supérieur à 12). Ce pourcentage est inférieur à celui des personnes âgées de 18 à 30 ans (87,5 %) et à celui des personnes âgées de 31 à 54 ans (65,9 %). Le score moyen obtenu au GHQ-12 pour les personnes âgées ayant participé à cette étude est de 11,92. Ce score est inférieur à celui des personnes âgées de 18 à 30 ans (14,38) et à celui des appelants âgés de 31 à 54 ans (14,01).

Motifs des appels à l'origine de l'utilisation de services d'écoute téléphonique

Les données de la présente étude ont permis de constater que les personnes âgées ont eu recours aux centres d'écoute téléphonique surtout pour répondre à leur besoin d'être écoutées (72,7 %), d'explorer et valider de nouvelles pistes de solution (18,2 %), de partager leur malheur ou d'atténuer leur mal d'être (13,6 %) ainsi que de partager leur bonheur (16,7 %). Un moindre nombre de personnes âgées ont contacté un centre d'écoute téléphonique afin de remédier à leur sentiment de solitude (7,6 %), d'obtenir des informations sur une ressource pouvant répondre à leurs besoins (6,1 %) ainsi que pour extérioriser leurs émotions ou pour partager leur vécu quotidien (6,1 %).

Ce que les aînés apprécient des centres d'écoute téléphonique, c'est l'écoute inconditionnelle et empathique des écoutants (75,8 %), les rétroactions et le réconfort des bénévoles (45,2 %) et le fait que l'accès aux services permet de briser leur isolement (14,5 %).

Niveau de satisfaction des répondants quant aux services reçus de leur centre d'écoute téléphonique

Le Tableau 1 démontre que la grande majorité des répondants âgés de 55 ans ou plus ayant accepté de participer à l'enquête de satisfaction immédiatement après l'appel initial ($n=66$) ont mentionné, dans des pourcentages supérieurs à 90 %, que les services les ont aidés à résoudre leurs difficultés (96,9 %) et qu'ils ont reçu le genre de service espéré (97,0 %). De plus, la très grande majorité des 66 personnes âgées interviewées sont satisfaites de l'accueil (100 %), de l'attitude (95,5 %) et de l'écoute des écoutants (98,5 %) et considèrent que ces derniers sont compétents (96,9 %). La presque totalité des personnes âgées (96,9 %) recommanderaient à leurs amis d'entrer en contact avec un centre d'écoute téléphonique s'ils en ressentaient le besoin tandis que la totalité des 66 personnes âgées utiliseraient ce service à nouveau si elles en avaient elles aussi le besoin. Même si l'ensemble des répondants, tous âges confondus, a démontré un grand niveau de satisfaction quant aux services, les personnes âgées de 55 ans ou plus présentent un niveau de satisfaction plus élevé sur la majorité des items investigués que les personnes des autres groupes d'âge.

Trois semaines après leur appel initial, la totalité des 26 personnes âgées ayant accepté de participer au deuxième volet de notre étude estiment que les services les ont aidées à résoudre leurs difficultés (100 %). De plus, la majorité de ces répondants ont déclaré que la qualité des services était excellente (33,3 %) ou bonne (40,7 %), que les services les ont aidés à changer la manière de percevoir leur situation problème (84,6 %) et que les services les ont aidés à déployer des actions pour faire face à leurs difficultés (73,1 %). De plus, 88,5 % des personnes âgées interviewées estiment que ce service a répondu à leurs besoins et près du tiers considèrent que l'appel qu'elles ont effectué trois semaines auparavant leur a permis d'avoir une perception plus rationnelle et plus objective de

leurs problèmes (26,9 %); près de 10 % considèrent que cela leur a permis d'extérioriser des émotions, d'identifier des aspects positifs à la situation et de les conscientiser sur des stratégies d'adaptation efficaces à utiliser pour résoudre leurs problèmes.

Ce que les aînés apprécient des centres d'écoute téléphonique, c'est l'écoute inconditionnelle et empathique des écoutants (75,8 %), les rétroactions et le réconfort des bénévoles (45,2 %) et le fait que l'accès aux services permet de briser leur isolement (14,5 %). Certains répondants apprécient aussi que ce type de centre leur permet d'exprimer leurs émotions (12,9 %). Dans ce même ordre d'idée, plus de 10 % des personnes âgées (11,3 %) apprécient que l'anonymat et la confidentialité soient respectés.

Malgré le haut niveau de satisfaction quant aux écoutants et aux caractéristiques des centres d'écoute téléphonique, certaines personnes âgées souhaitent que quelques éléments soient améliorés. À ce sujet, la collecte des données effectuée trois semaines après les appels initiaux par les répondants a permis de constater que plus de 20 % d'entre eux souhaitaient que le temps d'attente pour accéder au service soit

Tableau 1. Niveau de satisfaction des appelants en fonction de leur âge

Variables	Âge		
	18-30 ans (n=11)	31-54 ans (n=104)	55 ans et plus (n=66)
Service a aidé à résoudre des difficultés			
Oui	81,8	90,3	96,9
Non	18,2	9,7	3,1
A reçu le genre de service espéré			
Oui	72,7	97,1	97,0
Non	27,3	2,9	3,0
Qualité du service reçu			
Excellent	54,5	72,1	71,0
Bonne	27,3	23,1	27,4
Passable/Médiocre	18,2	4,8	1,6
Service a répondu aux besoins des appelants			
Presque tous les besoins	27,3	31,7	41,9
Plupart des besoins	45,5	44,2	41,9
Seulement quelques uns	18,2	22,2	16,2
Aucun des besoins	9,0	1,9	0,0
Satisfait de la rapidité d'accès au service			
Satisfait	63,5	73,1	81,8
Insatisfait	36,5	26,9	18,2
Satisfait du temps alloué			
Satisfait	72,7	90,4	87,9
Insatisfait	27,3	9,6	12,1
Satisfait de l'accueil de l'écoutant			
Satisfait	81,8	96,2	100,0
Insatisfait	18,2	3,8	0,0
Satisfait de l'attitude de l'écoutant			
Satisfait	91,0	97,1	95,5
Insatisfait	9,0	3,8	3,1
Recommanderait le service à un ami			
Oui	81,8	94,2	95,5
Non	18,1	5,8	4,5
Au besoin, utiliserait le service à nouveau			
Oui	81,8	96,1	95,2
Non	18,2	3,9	4,8
Satisfaction globale face au service reçu			
Satisfait	100,0	98,0	100,0
Insatisfait	0,0	2,0	0,0

diminué (27,4 %) et que le temps accordé par appel soit augmenté (21 %)¹. Plus de 10 % des personnes âgées souhaitent aussi qu'il y ait plus d'écouteurs² par quart d'écoute (17,7 %), que les heures d'opération des centres d'écoute soient augmentées (14,5 %) tout comme le nombre de lignes disponibles simultanément (11,3 %). Le même pourcentage de répondants (11,3 %) estiment que la capacité des écouteurs à accueillir leurs demandes pourrait être améliorée.

Les effets des services d'aide téléphonique sur différentes dimensions liées à l'humeur des personnes âgées

L'effet des services d'aide téléphonique sur la détresse psychologique des personnes âgées a été évalué à partir de la perception des écouteurs concernant la présence ou l'absence de changements chez les appellants entre le début et la fin des appels en fonction de cinq dimensions, soit le niveau d'humeur dépressive et d'anxiété des appellants, l'utilisation de stratégies d'adaptation efficaces et de stratégies d'adaptation ineffi-

caces, et le niveau d'urgence suicidaire. Les bénévoles ont suivi une formation intensive de 4 heures³ pour apprendre à évaluer, à partir d'indicateurs, où se situaient les appellants au début et à la fin de la rencontre téléphonique sur ces différentes composantes de la détresse psychologique. Par ce procédé méthodologique, il a été alors possible de recueillir le point de vue des écouteurs concernant l'augmentation, la stabilisation ou la diminution de ces différentes dimensions de la santé psychologique des appellants. Le tableau 2 reprend les perceptions des écouteurs quant aux changements dans l'état de santé psychologique des appellants entre le début et la fin de l'appel initial.

Ce tableau permet de constater, les écouteurs estiment que, chez les 66 personnes âgées ayant complété le premier volet de notre étude, l'humeur dépressive entre le début et la fin de l'appel initial a diminué dans 42,2 % des cas et est restée stable dans 56,3 % des cas. En ce qui a trait au niveau d'anxiété des appellants, il aurait diminué

Tableau 2
Perceptions des écouteurs sur les retombées des services sur la santé psychologique des appellants âgés de 55 ans ou plus (n=66)

Au début de l'appel initial	À la fin de l'appel initial
Humeur dépressive des répondants: <ul style="list-style-type: none"> • Faible: 53,9 % • Modérée: 28,6 % • Élevée: 17,5 % 	Humeur dépressive des répondants: <ul style="list-style-type: none"> • Faible: 77,7 % • Modérée: 19,4% • Élevée: 2,9 %
Niveau d'anxiété: <ul style="list-style-type: none"> • Faible: 42,9 % • Modéré: 36,5 % • Élevé: 20,6% 	Niveau d'anxiété: <ul style="list-style-type: none"> • Faible: 79,4 % • Modéré: 19,5 % • Élevé: 1,1 %
Urgence suicidaire: <ul style="list-style-type: none"> • Faible: 93,6 % • Modérée: 6,4 % 	Urgence suicidaire: <ul style="list-style-type: none"> • Faible: 93,6 % • Modérée: 6,4 %

¹ Pour les appellants réguliers, la durée des appels est généralement limitée à 20 minutes dans la plupart des centres d'écoute téléphonique (Gauthier, Maltais et coll. 2012).

² Ce nombre d'écouteurs par quart d'écoute est différent d'un centre à l'autre, allant d'un seul écouteur à quelques-uns par centre.

³ Cette formation a permis de présenter l'ensemble des modalités de l'étude et de se familiariser avec les instruments de collecte des données. À partir de l'écoute d'appels téléphoniques, les écouteurs ont pu estimer l'humeur des participants au début et à la fin des appels, et remplir le questionnaire utilisé dans le cadre de cette étude quant à cet item.

chez 49,2 % des aînés et serait resté stable pour 50,8 % des ces derniers. Pour ce qui est du niveau de l'urgence suicidaire manifesté par les appelants lors du début de leur demande d'écoute téléphonique, les écoutants ont indiqué que la majorité des appelants (93,6 %) présentaient un faible niveau d'urgence suicidaire et, à la fin des appels, aucun changement notable n'a été remarqué chez les personnes âgées. En général, les écoutants estiment donc que l'état psychologique des appelants s'est amélioré ou est resté stable entre le début de leur appel initial et la fin des appels.

L'exposition à un stress ou à une crise antérieure peut augmenter la résistance à un stress ultérieur et permettre aux personnes âgées de développer des stratégies d'adaptation afin de faire face aux événements qui ont le potentiel de les perturber.

DISCUSSION ET CONCLUSION

La lecture des résultats présentés dans cet article nous permet de faire un certain nombre de constats. D'abord, une première observation : les SET sont hautement appréciés par les personnes âgées qui les utilisent. Le taux de satisfaction exprimé par les usagers en ce qui a trait à diverses caractéristiques de ces centres atteint des niveaux rarement obtenus par les services formels offerts par les réseaux publics de services sociaux. D'autre part, les personnes âgées semblent aussi fortement apprécier les bénévoles qui prennent leur appel. Ils apprécient particulièrement l'écoute, la rétroaction ainsi que la disponibilité manifestées par ceux-ci. Le fait que ces derniers ne soient pas des professionnels de l'intervention psychosociale ne semble donc pas être un obstacle pour bien répondre aux besoins des personnes âgées de partager leurs émotions avec une autre personne que les membres de leur famille nucléaire ou élargie. La grande satisfaction exprimée par les personnes âgées envers les SET s'explique peut-être également par le fait que ce type de soutien convient particulièrement à cette population pour laquelle faire appel à des services formels d'aide psychologique a été peu valorisé, car associé à l'incapacité d'affronter seul ses difficultés. L'anonymat offert par les SET pourrait convenir particulièrement bien à cette génération. De plus, la facilité d'accès et la disponibilité des services sont probablement plus appréciés par une population

possédant un niveau réduit de mobilité. Il serait intéressant de vérifier ces hypothèses dans une future recherche à réaliser avec une méthodologie qualitative permettant d'aller plus en profondeur dans les motivations et les évaluations des participants.

Cette étude permet aussi de constater qu'un bon nombre des personnes âgées faisant appel aux SET présentent des manifestations de détresse émotionnelle étant donné que près de 50 % d'entre elles ont obtenu un score supérieur à 12 sur l'échelle du GHQ-12. Contrairement à ce à



quoi nous pouvions nous attendre, ce pourcentage est inférieur aux appelants des générations plus jeunes qui font appel à ces mêmes centres d'écoute téléphonique. De plus, contrairement aux autres appelants plus jeunes, la plupart des personnes âgées qui utilisent les services d'un CET estiment avoir accès à de meilleurs revenus. Chez les personnes âgées, le fait d'avoir accès à un revenu adéquat ne protège donc pas de souffrir de solitude et de faire appel à un service anonyme et confidentiel pour partager leurs émotions. À ce sujet, il semble que l'accès à des SET pallie un manque de confidents chez les personnes âgées; elles ne souffrent pas nécessairement de détresse émotionnelle grave puisque le recours à ce type de soutien est principalement motivé par le besoin d'être écoutées, d'explorer et de valider de nouvelles pistes de solution, de partager leur bonheur ainsi que de briser leur isolement. Ces constats peuvent également s'expliquer par le fait que les personnes âgées que nous avons interviewées se sont déclarées plus actives que les personnes des autres tranches d'âge dans la mise en application de stratégies d'adaptation efficaces. Cet état de fait viendrait appuyer, en quelque sorte, l'hypothèse de la maturation qui suggère qu'une maturité psychologique et une amélioration des stratégies d'adaptation surviennent avec l'âge et peuvent amener les individus plus âgés à réagir de façon moins émotive face à un événement stressant (Knight, Gatz, Heller et Bengtson, 2000)

Ces résultats vont également dans le même sens que l'hypothèse de l'inoculation, laquelle suppose que les personnes âgées seraient protégées d'une forte réaction émotionnelle parce qu'elles ont eu, par le passé, un nombre plus important d'expériences reliées à des événements perturbateurs ou traumatisques similaires (Knight, Gatz, Heller et Bengtson, 2000). L'exposition à un stress ou à une crise antérieure peut augmenter la résistance à un stress ultérieur et permettre aux personnes âgées de développer des stratégies d'adaptation afin de faire face aux événements qui ont le potentiel de les perturber (Eysenck, 1983; Norris et Murrell, 1988; Phifer et Norris, 1989). Ainsi, les aînés ayant été en mesure de s'adapter avec succès à un événement les ayant perturbés antérieurement seraient prédisposés à le faire une seconde fois (Gibbs, 1989).

Quelques limites doivent être relevées afin de baliser adéquatement l'interprétation des résultats présentés. Étant donné la nature des thèmes abordés à l'intérieur des différents instruments de collecte de données, certaines erreurs méthodologiques ont pu contribuer à la contamination des données amassées malgré les mesures éthiques rigoureusement appliquées. Tout d'abord, le concept de désirabilité sociale renvoie à la tendance de l'humain à se présenter à ses interlocuteurs sous un jour favorable (Paulhus, 2002). Ainsi, les appelants ont pu, en particulier, tendre à n'exprimer que des aspects positifs relativement aux services reçus afin d'éviter l'occurrence de certaines répercussions potentiellement néfastes comme l'hostilité d'un écoutant à leur endroit. D'un autre côté, les intervenants bénévoles ou rémunérés ont pu, à titre d'exemple, éprouver certaines difficultés à livrer leur réel sentiment par rapport à leurs interventions téléphoniques de crainte d'encourir des conséquences délétères de la part des responsables de leur CET telles que des réprimandes, voire le congédiement.

RÉFÉRENCES

- AUBRY T., LEBEL M., HODGSON S., BOUCHARD D. (2005). *Élaboration d'un système d'évaluation interne des services d'écoute téléphonique du Distress Centre Of Ottawa And Region et de Tel-Aide Outaouais-Rapport Final*. Université d'Ottawa.
- ASSOCIATION DES CENTRES D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE DU QUÉBEC (2001). *Présentation de l'Association des centres d'écoute téléphonique du Québec*. Mémoire transmis au ministère de la Santé et des Services sociaux.
- BEN-ARI A., AZAIZI F. (2003). Effectiveness of Help Lines Among Sociopolitical Minorities : A View From Both Sides of the Line, *Families in Society*, 84(3) : p. 417-422.
- COMAN G.J., BURROWS G.D., EVANS B.J. (2001). Telephone Counselling in Australia : Applications and Considerations for Use, *British Journal of Guidance & Counselling*, 29(2) : p. 247-258.
- DÉSQUELLES A., BROUARD, N. Le réseau familial des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile ou en institution, *Population*, no 2, vol. 58, p. 201-227.
- EYSENCK H. (1983). « Stress, Disease and Personality : The "Inoculation" Effect », dans C.J. Cooper (édit.), *Stress Research*, Wiley : New York : p. 121-146.
- GAUTHIER, S., MALTAIS, D. en collaboration avec Racine, J., Tremblay, A., Laforest, C., Néron, C. 2012). Faits saillants du rapport de recherche intitulé : Mécanismes de gestion et stratégies utilisés par les centres d'écoute et d'intervention téléphonique auprès des appels réguliers, CSSS de Lac-Saint-Jean-Est/Groupe de recherche et d'intervention régionales/UQAC, Québec.
- M. (1989). « Factors in the Victim that Mediate Between Disaster and Psychopathology : A Review », *Journal of Traumatic Stress*, 2 : p. 489-514.
- GINGERICH W.J., GURNEY R.J., WIRTZ T.S. (1988). How Helpful Are Helplines? A Survey of Callers, *Social Casework*, 69 : p. 634-639.
- GOLDBERG D. *General Health Questionnaire (GHQ-12)*. Windsor, UK : NFER-Nelson 1992.
- HORMBLLOW A.R., SLOANE H.R. (1980). Evaluating the Effectiveness of a Counseling Service, *British Journal of Psychiatry*, 137 : p. 377-378.
- HUNT PA. (1993). Rateline : An Evaluation of a Telephone Helpline Counselling Service for Marital Problems, *British Journal of Guidance & Counselling*, 21(3) : p. 277-290.
- KING R., NURCOMBE B.B., LEONARD H., LEANNE R.W. (2003). Telephone Counselling for Adolescent Suicide Prevention : Changes in Suicidality and Mental State from Beginning to End of a Counselling Session, *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 33(4) : p. 0-411.
- KNIGHT B.G., M. GATZ, K. HELLER V.L. BENGTSON. (2000). « Age and Emotional Response to the Northridge Earthquake : A Longitudinal Analysis ». *Psychology and Aging*, 15 : p. 627-634.
- KIRK W.J. (1977). *A Program Evaluation of a Twenty-four Hour Crisis Intervention Service*. Memphis State University.
- KNOX R., BARR J., GAMLIN S., MAVIS G., RAMSAY J., STONE D. (1983). *Evaluation Study of the Vancouver Crisis Line*. University of British Columbia.
- KO S-M., LIM H.B.L. (1996). SAGE Telephone Counseling. *Stress Medicine*, 12 : p. 61-265.
- LARSEN D.L., ATTAKISSON C.C., HARGREAVES WA., NGUYEN T.D. (1979). Assessment of Client-Patient Satisfaction : Development of a General Scale, *Evaluation and Program Planning*, 2 : p. 197-207.
- LAZAR A., ERARA P.I. (1998). The Telephone Helpline as Social Support, *International Social Work*, 41 : p. 89-101.



LEISING P. (1985). The Negative Effects of the Obscene Telephone Caller upon Crisis Intervention Services, *Crisis Intervention*, 14 : p. 84-100.

LESTER D. (1997). The Effectiveness of Suicide Prevention Centers : A Review, *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 27(3) : p. 304-310.

LESTER D. (2002). *Crisis Intervention and Counseling by Telephone*, Charles C. Thomas Publisher LTD, Springfield.

LESTER D., BROCKOPP G.W. (1970). Chronic Callers to a Suicide Prevention Center, *Community Mental Health Journal*, 6(3) : p. 246-250.

MALTAIS, D. (1999b). Vivre en résidences pour aînés : le format est-il la formule? Dans *Santé mentale au Québec*, 24(1) : p. 173-199.

MALTAIS D., SAVARD S., GAUTHIER S. (2010). *Les centres d'aide téléphonique au Québec : une oreille et un cœur pour les personnes vulnérables*. Rapport de recherche portant sur la pertinence et l'efficacité des services d'écoute téléphonique. Saguenay : GRIR/UQAC.

MISHARA B.L., DAIGLE M.S. (1997). Effects of Different Telephone Intervention Styles with Suicidal Callers at Two Suicide Prevention Centers : an Empirical Investigation, *American Journal of Community Psychology*, 25(6) : p. 861-885.

NORRIS F. H., MURREL S. (1988). « Prior Experience as a Moderator of Disaster Impact on Anxiety Symptoms in Older Adults ». *American Journal of Community Psychology*, 16 : p. 665-683.

ORMOND K.E., HAUN J., COOK L., DUQUETTE D., LUDOWESE C., MATTHEWS A.L. (2000). Recommendations for the Telephone Counselling, *Journal of Genetic Counseling*, 9(1) : p. 63-71.

PAN KÉ SHON J.-L. (1999). Vivre seul, sentiment de solitude et isolement relationnel, *Division Conditions de vie des ménages*, Insee Première, no 678.

PHIFER J.F. NORRIS F.H. (1989). « Psychological Symptoms in Older Adults following Natural Disaster : Nature, Timing, Duration and Course », *Journal of Gerontology*, 44 : p. 207-217.

REESE R.J., CONOLEY C.W., BROSSART D.F. (2002). Effectiveness of Telephone Counseling : A Field-Based Investigation, *Journal of Counseling Psychology*, 49(2) : p. 233-242.

REESE R.J., CONOLEY C.W., BROSSART D.F. (2006). The Attractiveness of Telephone Counseling : An Empirical Investigation of Clients Perceptions, *Journal of Counseling & Development*, 84 : p. 54-60.

RHEE W.K., MESBAUM M.S., MICHAEL S., MICHAEL J.S., SUSAN M. (2005). Efficacy of Brief Telephone Psychotherapy with Callers to a Suicide Hotline, *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 35(3) : p. 317-328.

RMI GROUP (1999). Assessment for the London and District Distress Centre.

ROGERS R.L., ROGERS C.A. (1978). An Analysis of Telephone Crisis Intervention Counseling Based upon Consumer Evaluation, *Crisis Intervention*, p. 102-116.

SLAIKEU KA., WILLIS M.A. (1978). Caller Feedback on Counselor Performance in Telephone Crisis Intervention : A Follow-up Study, *Crisis Intervention*, 9 : p. 42-49.

SELM C.M., COTLER S. (1973). Crisis Phone Services : Evaluation of a Hotline Program, *American Journal of Community Psychology*, 1 : p. 219-227.

STANTON L. (2000). *NEED Crisis and Information Line : Barriers to Access Survey 2000*.

ROBERTS A.R. (1995). Crisis Intervention and Time-Limited Cognitive Treatment, Sage publications inc.

VIEWEG B.W., HEIDLUNG J.L. (1983). The General Health Questionnaire (GHQ) : A Comprehensive Review, *Journal of Operational Psychiatry*, vol. 14 : p. 74-85.

APPRÉCIER L'INAPTITUDE : UNE EXPERTISE PROPRE AUX TRAVAILLEURS SOCIAUX

L'évaluation psychosociale effectuée par le travailleur social dans le cadre des mesures de protection vise l'appréciation de l'inaptitude¹, de son impact sur la capacité de la personne à prendre soin d'elle-même, à administrer ses biens et à exercer ses droits civils. En s'appuyant sur cette évaluation, le travailleur social recommande la mesure la plus appropriée aux besoins de protection de la personne, dans l'intérêt supérieur de celle-ci. Cette évaluation mérite une attention particulière étant donné que les décisions qui en découlent ont un impact majeur sur la personne et peuvent même mener au retrait, en tout ou en partie, de l'exercice de ses droits.

Une expertise reconnue, une activité exclusive

L'expertise développée par les travailleurs sociaux au niveau de l'évaluation psychosociale dans le cadre des mesures de protection est telle qu'à compter de maintenant, ils sont les seuls professionnels à pouvoir exercer l'activité réservée qui consiste à « procéder à l'évaluation psychosociale d'une personne dans le cadre des régimes de protection du majeur ou du mandat donné en prévision de l'inaptitude du mandant² ». Les travailleurs sociaux croient en la capacité humaine d'évoluer et de se développer. Ils adhèrent au principe d'autodétermination, reconnaissent à tout individu en danger le droit de recevoir assistance et protection selon ses besoins et sont d'ardents défenseurs des principes de justice sociale, d'équité, de respect et de dignité.

Un nouveau partenariat entre l'AQG et l'OTSTCFQ

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec est fier de souligner son association avec l'AQG en tant que membre corporatif. Ce nouveau partenariat laisse entrevoir plusieurs opportunités qui auront pour effet d'accroître la sensibilisation au phénomène du vieillissement et à son impact sur les personnes.

¹ L'incapacité totale ou partielle de prendre soin de soi ou de ses biens peut survenir à la suite d'un problème de santé physique ou mentale, d'un accident grave ou peut découler d'une perte d'autonomie ou de facultés mentales reliée au vieillissement. Cette incapacité peut mener à l'ouverture d'un régime de protection ou l'homologation d'un mandat en cas d'inaptitude.

² Projet de loi 21, Loi modifiant le Code des professions dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines