

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE DES MEILLEURES PRATIQUES D'INTERVENTION PAR TEXTO EN PRÉVENTION DU SUICIDE

THÈSE

PRÉSENTÉE

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

LOUIS-PHILIPPE CÔTÉ

AVRIL 2023

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.10-2015). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

## REMERCIEMENTS

Merci à mes parents et à toute la famille pour votre soutien pendant ce travail de longue haleine. Merci, Brian, pour ton mentorat et les nombreuses expériences de travail dont j'ai pu bénéficier grâce à toi. Merci à Luc et Mario pour la camaraderie, votre présence inconditionnelle et les innombrables discussions philosophiques. Merci à Carlos, Geoffrey, Fanny, François, Anh Tu, Céline, Francis, Paul, Marjolaine, Ginette, Lorraine et tous les compagnons de la section communautaire dont j'ai eu la chance de croiser le chemin. Merci à Rock-André pour ton amitié, ton soutien et l'exceptionnelle qualité de tes formations. Merci à Amélie, Annie, Bianca et Roxanne pour votre travail, votre rigueur et votre dévouement à ce projet de recherche. Merci à mes confrères de l'Association Québécoise de Prévention du Suicide de m'avoir donné la chance de contribuer à la prévention du suicide au Québec. Merci à l'équipe du Service Canadien de Prévention du Suicide. Merci à la fondation Bell d'avoir soutenu la réalisation de ce projet. Enfin, merci à la belle équipe de Tel-jeunes de m'avoir fait confiance. Merci pour votre patience et merci de rendre ce monde meilleur.

## DÉDICACE

Je dédicace cette thèse à Nicole Robillard et Claude Côté,  
mes parents que j'aime tant.

Maman, merci de m'avoir appris à reconnaître le caractère  
sacré de la dignité humaine, de la justice sociale et de la  
solidarité.

Papa, merci de m'avoir appris à aimer mon prochain, à  
tolérer ses différences et à me reconnaître en lui.

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	ii
DÉDICACE .....	iii
LISTE DES TABLEAUX .....	ix
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES.....	x
RÉSUMÉ.....	xi
ABSTRACT .....	xiii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE 1 ÉTAT DES CONNAISSANCES .....	3
1.1 Le suicide.....	3
1.2 L'intervention téléphonique auprès des personnes suicidaires au Québec.....	5
1.3 Approches d'intervention téléphonique en prévention du suicide.....	7
1.4 Pratiques d'évaluation du risque suicidaire dans les lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide.....	8
1.5 Le profil des appelants suicidaires aux lignes d'intervention téléphonique.....	10
1.5.1 Âge et genre.....	11
1.5.2 Raisons du contact.....	12
1.5.3 Risque suicidaire .....	12
1.5.4 Fréquence d'utilisation des lignes d'intervention téléphonique.....	14
1.5.5 Utilisation de ressources en santé mentale.....	15
1.5.6 Synthèse des connaissances sur les caractéristiques des appelants suicidaires aux lignes d'intervention téléphonique .....	15
1.5.7 Limites méthodologiques des études décrivant les caractéristiques des appelants aux lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide .....	17
1.6 Efficacité des lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide.....	17
1.6.1 Impacts des lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide sur la détresse et le risque suicidaire des appelants.....	18
1.6.2 Bonnes pratiques d'intervention téléphonique en prévention du suicide.....	21
1.6.3 Impacts des interventions téléphoniques en prévention du suicide sur l'utilisation de ressources en santé mentale .....	25
1.6.4 Limites méthodologiques des recherches sur les impacts des lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide .....	26
1.7 Caractéristiques de l'intervention par clavardage et texto .....	27
1.7.1 Profil des utilisateurs des services d'intervention par clavardage ou texto.....	28
1.7.2 Absence d'informations paraverbales .....	29

1.7.3	Dévoilement des appelants lors des interventions par clavardage et texto .....	29
1.7.4	Durée des interventions par clavardage et texto .....	30
1.7.5	Déroulement des interventions par clavardage et texto.....	31
1.7.6	Sentiment de contrôle et rapports de pouvoir .....	32
1.8	Comparaison de l'efficacité des interventions téléphoniques et par clavardage dans les lignes d'intervention non spécialisées à la prévention du suicide .....	34
1.8.1	État des connaissances sur les bonnes pratiques d'intervention par clavardage et texto dans les lignes non spécialisées à la prévention du suicide.....	35
1.9	Présentation des études empiriques sur les interventions par clavardage et texto en contexte de prévention du suicide.....	40
1.9.1	Synthèse critique des résultats des études empiriques sur les interventions par clavardage et texto en contexte de prévention du suicide .....	44
1.9.2	Limites méthodologiques des études sur les interventions par clavardage et texto en contexte de prévention du suicide.....	48
1.10	Besoins des centres de prévention du suicide à l'égard de l'intervention par clavardage et texto....	49
CHAPITRE 2 MÉTHODOLOGIE.....		51
2.1	Objectifs .....	51
2.2	Méthode de l'Article 1 .....	51
2.2.1	Contexte et objectifs de la recherche.....	52
2.2.2	Procédure de recrutement et d'échantillonnage .....	53
2.2.3	Instruments.....	54
2.2.4	Analyses .....	58
2.2.5	Considérations éthiques .....	59
2.3	Méthode de l'Article 2 .....	60
2.3.1	Contexte et objectifs de la recherche.....	60
2.3.2	Procédure de recrutement et d'échantillonnage .....	61
2.3.3	Instruments.....	62
2.3.4	Analyses .....	65
2.3.5	Considérations éthiques .....	68
CHAPITRE 3 ARTICLE 1 – EFFECT OF HELPING SUICIDAL PEOPLE USING TEXT MESSAGING: AN EVALUATION OF EFFECTS AND BEST PRACTICES OF THE CANADIAN SUICIDE PREVENTION SERVICE'S TEXT HELPLINE .....		69
ABSTRACT .....		70
3.1	Introduction .....	71
3.2	Method.....	73
3.3	Results .....	75
3.3.1	Characteristics of the Exchanges .....	76
3.3.2	Intervention Techniques Used by Counsellors .....	78
3.3.3	Outcomes of the Calls .....	78
3.4	Discussion.....	79

3.4.1	Limitations .....	81
3.5	Conclusions .....	82
	REFERENCES .....	82
CHAPITRE 4 ARTICLE 2 – IDENTIFICATION OF SUICIDAL CALLERS AT A YOUTH TEXT LINE AND INTERVENTION TECHNIQUES ASSOCIATED WITH POSITIVE OUTCOMES.....		85
	ABSTRACT .....	85
4.1	Introduction .....	86
4.1.1	Research Context and Objectives .....	87
4.2	Method.....	88
4.2.1	Recruitment and Sampling Procedure .....	88
4.2.2	Ethical Considerations.....	89
4.2.3	Instruments.....	89
4.2.4	Analysis .....	92
4.3	Results.....	92
4.3.1	The Proportion of Callers at Risk of Suicide.....	92
4.3.2	Characteristics of Callers who are at Risk for Suicide.....	94
4.3.3	Impact of the Service on Callers at Risk of Suicide .....	95
4.3.4	Impact of the Frequency of Use of Various Intervention Techniques.....	96
4.3.5	Callers' Comments on the Intervention Callers' Perceptions of which Intervention Practices are Helpful, and Which are Not.....	99
4.4	Discussion.....	100
4.4.1	Limitations .....	102
4.5	Conclusion.....	103
	REFERENCES .....	103
CHAPITRE 5 DISCUSSION GÉNÉRALE .....		106
5.1	Programme de la discussion générale .....	106
5.2	Objectifs de la thèse et résumé des deux recherches effectuées dans le cadre de son exécution...	106
5.2.1	Résumé de l'Article 1 .....	106
5.2.2	Résumé de l'Article 2 .....	108
5.3	Constats.....	110
5.3.1	Caractéristiques des utilisateurs des services de texto .....	110
5.3.2	Pratiques de repérage et d'évaluation du risque suicidaire par texto .....	111
5.3.3	Impact global des interventions par texto.....	113
5.3.4	Meilleures pratiques d'intervention par texto .....	115
5.3.5	Similarités et différences entre les interventions par texto effectuées auprès d'adolescents et d'adultes.....	120
5.4	Forces et limites de la thèse.....	122
5.5	Implications.....	123

5.5.1	Implications pour la formation des intervenants .....	123
5.5.2	Implications pour les politiques des organismes partenaires .....	125
5.5.3	Implications pour le milieu de la prévention du suicide.....	126
5.5.4	Implications pour la recherche .....	127
5.6	Conclusion.....	130
	ANNEXE A FORMULAIRE DE CONSENTEMENT .....	132
	ANNEXE B GRILLE DE CODIFICATION.....	134
	ANNEXE C FORMULAIRE DE CODIFICATION .....	150
	ANNEXE D CRISIS CALL OUTCOME RATING SCALE .....	153
	ANNEXE E QUESTIONNAIRE POST-INTERVENTION – TEL-JEUNES.....	155
	ANNEXE F QUESTIONNAIRE PRÉ-INTERVENTION DU SERVICE CANADIEN DE PRÉVENTION DU SUICIDE .	157
	ANNEXE G RAPPORT D’INTERVENTION DU SERVICE CANADIEN DE PRÉVENTION DU SUICIDE.....	159
	LISTE DES RÉFÉRENCES.....	162



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Indices de fidélité inter-juge des items retenus pour l'Article 1 (N = 20)..... 57

Tableau 2.2 Indices de fidélité inter-juge des items retenus pour l'Article 2 (N = 50)..... 64

### Article 1

Table 3.1 Inter-rater Reliability (N=20 calls)..... 75

Table 3.2 Presenting Problems..... 76

Table 3.3 Degree of Completion of Steps in the Intervention ..... 78

Table 3.4 Intervention Techniques Used by Counsellors ..... 78

Table 3.5 Impact of Intervention Techniques on the CCORS Positive Impact Scores ..... 79

### Article 2

Table 4.1 Inter-rater Reliability ..... **Erreur ! Signet non défini.**

Table 4.2 Exploration of Suicide Risk During Interventions ..... **Erreur ! Signet non défini.**

Table 4.3 Issues Discussed by 462 Callers who had Seriously Considered Committing Suicide During the Past Year ..... 94

Table 4.4 Self-reported Impact..... **Erreur ! Signet non défini.**

Table 4.5 Regression Models of the Association Between Using Various Intervention Techniques and Intervention Outcome Ratings on the Crisis Call Outcome Rating Scale and Callers' Self-reported Impact Assessments ..... 98

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

ASIST : Applied Suicide Intervention Skills Training

BDI-SF : Beck Depression Inventory – Short Form

CCORS : Crisis Call Outcome Rating Scale

CRIM : Centre de Recherche Informatique de Montréal

GHQ-9 : General Health Questionnaire – 9

CRISE : Centre de Recherche, Enjeux éthiques et pratiques de fin de vie

NSPL : National Suicide Prevention Lifeline

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

SDQ : Strengths and Difficulties Questionnaire

SEQ : Session Evaluation Questionnaire

SIS : Session Impacts Scale

SCPS : Service Canadien de Prévention du Suicide

TAS : Therapeutic Alliance Scale

## RÉSUMÉ

**Contexte.** Au cours des 20 dernières années, plusieurs lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide se sont dotées de services d'intervention par texto. Or, ces services ont été lancés en l'absence d'une littérature scientifique sur les bonnes pratiques d'intervention par texto. C'est dans ce contexte que le Centre de Recherche, Enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE) a lancé un projet de recherche dont l'objectif était de produire des connaissances pouvant guider le développement de guides de bonnes pratiques d'intervention par texto en prévention du suicide. Pour répondre à cet objectif général, deux projets de recherche complémentaires ont été menés avec le Service Canadien de Prévention du Suicide (SCPS), qui intervient auprès de la population générale anglophone au Canada, et avec la ligne jeunesse Tel-jeune, qui intervient auprès d'adolescents francophones au Québec.

**Objectifs.** *Étude 1* : Les objectifs de l'évaluation effectuée au SCPS étaient de décrire le profil des appelants à leur service d'intervention par texto, de décrire les impacts du service, de décrire les pratiques d'intervention et d'évaluation du risque suicidaire des intervenants, et d'identifier les techniques d'intervention qui sont associées à des impacts positifs et négatifs. *Étude 2* : Les objectifs de l'évaluation effectuée chez Tel-Jeunes étaient d'estimer la proportion des appelants à leur service d'intervention par texto qui présentent un risque suicidaire, d'examiner si les jeunes qui pensent au suicide au moment du contact parlent de leurs idées suicidaires durant la conversation avec l'intervenant, et d'identifier les pratiques d'intervention par texto qui sont associées à des impacts positifs et négatifs.

**Méthode.** *Étude 1* : La méthode utilisée dans l'évaluation du service d'intervention par texto du SCPS a consisté en une analyse de contenu quantitative de verbatims d'intervention (Krippendorff, 2018), une analyse documentaire des rapports d'interventions complétés par les intervenants, et une analyse des réponses à un court questionnaire préintervention portant sur l'âge, le genre, le degré de détresse et la raison du contact des appelants. *Étude 2* : La méthode utilisée dans l'évaluation du service d'intervention par texto de Tel-Jeunes consistait en une analyse de contenu quantitative de verbatims d'intervention (Krippendorff, 2018), une analyse des réponses à un court questionnaire post-intervention portant sur l'âge, le genre, l'impact des interventions, le risque suicidaire des appelants, et une analyse de contenu qualitative des commentaires des jeunes sur leur appréciation des interventions (Elo & Kyngas, 2007).

**Résultats.** *Étude 1* : Au total, 112 verbatims d'intervention, rapports d'intervention et questionnaires préintervention ont été analysés. Les résultats indiquent que 68.8% des utilisateurs étaient des femmes et que l'âge moyen était de 25 ans. Les motifs du contact les plus fréquents étaient les problèmes de santé mentale, les difficultés relationnelles, les difficultés au travail ou à l'école, et le sentiment d'être isolé. Les intervenants du SCPS demandaient généralement aux utilisateurs s'ils pensent au suicide, mais les éléments de la planification suicidaire (comment, où et quand) étaient rarement explorés. Les intervenants exploraient généralement de manière exhaustive les ressources des appelants et les possibles solutions à leurs problèmes. Seule la fréquence d'emploi de la technique d'intervention Souligner une force ou un bon coup était un prédicteur significatif des effets positifs des interventions. La quantité de mots échangés était corrélée à l'efficacité des interventions. *Étude 2* : Au total, 2 276 jeunes ont répondu au questionnaire post-intervention. 46,5% des répondants au sondage post-intervention avaient sérieusement envisagé de se suicider au cours des 12 derniers mois, 33,7% avaient déjà fait une tentative de suicide par le passé, et 35% avaient des idées suicidaires au moment du contact. Seulement 33,8% des jeunes qui avaient des idées suicidaires au moment du contact ont bénéficié d'une évaluation du risque suicidaire. Seule la fréquence d'emploi de la technique d'intervention Souligner une force ou un bon coup était un prédicteur significatif des effets positifs des interventions. La fréquence d'emploi de la technique Mettre des limites était la seule technique qui était un prédicteur significatif des effets négatifs des interventions. Plusieurs jeunes déploraient le peu de temps qui leur était accordé.

**Conclusions.** L'établissement d'un lien de confiance en début de contact semble être un élément central au succès des interventions par texto. Souligner une force ou un bon coup était la seule technique d'intervention associée à de meilleurs résultats, et ce à la fois dans une population adulte et adolescente. Les deux études ont identifié d'importantes lacunes dans les pratiques d'évaluation du risque suicidaire par texto.

**Mots clés** : lignes d'intervention téléphonique, suicide, sms, texto, bonnes pratiques

## ABSTRACT

**Background.** Over the past 20 years, several suicide prevention hotlines have implemented intervention services using text messaging. However, these services were launched in the absence of a scientific literature on best practices when using text messaging. It is in this context that the Centre de Recherche, Enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE) launched a research project whose objective was to produce knowledge that could lead to the development of best practice guidelines for text messaging in suicide prevention. To meet this general objective, two complementary research projects were conducted with the Canadian Suicide Prevention Service (CSPS), which provides services to the general English-speaking population in Canada, and with the Tel-jeune youth line, which provides services to the French-speaking adolescents in Quebec. **Objectives.** *Study 1:* The objectives of the evaluation conducted at the CSPS were to describe the profile of callers at their text line, describe the impacts of the service, describe the intervention and suicidal risk assessment practices of the counselors, and identify text-based intervention techniques that are associated with positive and negative impacts. *Study 2:* The objectives of the evaluation conducted at Tel-Jeunes were to estimate the proportion of callers at their text line who are at risk of suicide, examine whether youth who are thinking about suicide at the time of contact talk about their suicidal ideations during the conversation with the counselor, and identify text-based intervention techniques that are associated with positive and negative impacts.

**Method.** *Study 1:* The method used in the evaluation of the CSPS text line consisted of a quantitative content analysis of interventions transcripts (Krippendorff, 2018), an analysis of the reports of interventions completed by counselors, and an analysis of answers to a short pre-intervention questionnaire on the age, gender, degree of distress and reason for contact of callers. *Study 2:* The method used in the evaluation of the Tel-Jeunes text line consisted of a quantitative content analysis of interventions transcripts (Krippendorff, 2018), an analysis of answers to a short post-intervention questionnaire on age, gender, impact of interventions, suicidal risk of callers, and a qualitative content analysis of youth feedback on their assessment of interventions (Elo & Kyngas, 2007).

**Results.** *Study 1:* A total of 112 intervention transcripts, intervention reports and pre-intervention questionnaires were analyzed. The results indicate that 68.8% of callers were women and the average age was 25. The most common reasons for contact were mental health problems, relationship difficulties, difficulties at work or school, and feelings of isolation. CSPS counselors generally asked users if they were

thinking about suicide, but elements of suicidal planning (how, where and when) were rarely explored. Counselors generally explored callers' resources and possible solutions to their problems in a comprehensive manner. Only the frequency of use of the technique Reinforcing a strength or a positive action of the caller was a significant predictor of the positive effects of the interventions. The number of words exchanged was correlated with the effectiveness of the interventions. *Study 2*: A total of 2,276 youth responded to the post-intervention questionnaire. The study showed 46.5% of post-intervention survey respondents had seriously considered suicide in the past 12 months, 33.7% had attempted suicide in the past, and 35% had suicidal ideation at the time of contact. Only 33.8% of youth who had suicidal ideation at the time of contact received a suicide risk assessment. Only the frequency of use of the technique Reinforcing a strength or a positive action of the caller was a significant predictor of the positive effects of the interventions. The frequency of use of the technique Setting boundaries was the only technique that was a significant predictor of the negative effects of interventions. Many callers deplored the short time they were given during the intervention.

**Conclusions.** Building trust early in contact seems to be central to the success of text-based interventions. Reinforcing a strength or a positive action of the caller was the only intervention technique associated with better outcomes, both in an adult (section 1) and adolescent (section 2) population. Both studies identified significant gaps in text-based suicide risk assessment practices.

**Keywords:** hotlines, suicide, SMS, text messaging, best practices.

## INTRODUCTION

Au cours des 20 dernières années, plusieurs lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide se sont dotées de services d'intervention par texto et clavardage. Ces organisations ont emprunté la voie du numérique afin d'adapter leurs pratiques d'intervention à l'évolution des modes de communication, et afin de joindre les jeunes générations qui, traditionnellement, n'utilisaient pas les lignes d'intervention téléphoniques en prévention du suicide. Ces services ont été lancés en l'absence d'une littérature scientifique sur les bonnes pratiques d'intervention par texto et clavardage en prévention du suicide.

C'est dans ce contexte que le Centre de Recherche, Enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE) a lancé un projet de recherche dont l'objectif était de produire des connaissances pouvant guider le développement de guides de bonnes pratiques d'intervention par texto en prévention du suicide. Pour répondre à cet objectif général, deux projets de recherche complémentaires ont été menés avec le Service Canadien de Prévention du Suicide (SCPS), qui intervient auprès de la population générale anglophone au Canada, et avec la ligne jeunesse Tel-jeune, qui intervient auprès d'adolescents francophones au Québec. Les résultats de ces projets de recherche ont permis de décrire les impacts des services d'intervention par texto pour les utilisateurs qui présentent un risque suicidaire, d'identifier des pratiques d'intervention par texto prometteuses en prévention du suicide et de formuler des recommandations aux organismes partenaires. Cette thèse présente les deux études qui ont découlé de ces collaborations. La thèse est divisée en cinq chapitres. Le premier chapitre consiste en une description de la problématique du suicide, une présentation des lignes d'intervention téléphonique susceptibles d'être utilisées par des personnes suicidaires au Québec, une description de leurs pratiques, du profil de leurs utilisateurs et de leur efficacité. Sont ensuite présentées les services d'intervention par clavardage et par texto, le profil des utilisateurs de ces services, les enjeux liés à la transférabilité des pratiques d'intervention téléphonique à la communication par clavardage et par texto, et les évaluations et recherches scientifiques portant sur l'efficacité des interventions par clavardage et par texto.

Le deuxième chapitre aborde les questions de recherche qui ont orienté les deux études qui composent cette thèse, ainsi que les méthodes de recherche qui ont été employées. Sont décrits les devis de recherche, les procédures de recrutement des participants, les outils de mesure employés, et les stratégies d'analyse qui ont permis d'apporter des éléments de réponse à nos questions de recherche.

Le troisième chapitre et le quatrième chapitre présentent les deux articles scientifiques qui ont découlé de cette thèse.

Enfin, le cinquième chapitre consiste en une discussion générale sur l'ensemble des résultats de ce projet de recherche et ses contributions à l'avancement des connaissances en suicidologie. Sont également abordées dans cette section les implications des résultats de la thèse pour la formation des intervenants, les politiques des organismes partenaires, le milieu de la prévention du suicide et le milieu de la recherche.

# CHAPITRE 1

## ÉTAT DES CONNAISSANCES

### 1.1 Le suicide

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le suicide figure parmi les 20 principales causes de mortalité à l'échelle mondiale tous âges confondus. Cette organisation estime que chaque année, plus de 700 000 individus mettent fin à leur jour en se suicidant (OMS, 2021).

Le taux de suicide mondial pour 2019 était de 9 suicides par 100 000 personnes, avec d'importantes variations selon les pays et différentes régions du monde (OMS, 2021). À titre d'exemple, le taux de suicide pour de la région de la Méditerranée orientale était de 6,4 suicides par 100 000, tandis que plusieurs pays d'Europe de l'est, comme la Russie, la Lituanie et l'Ukraine, affichaient des taux de suicide supérieurs à 20 suicides par 100 000 (OMS, 2021).

Au Canada, le taux de suicide pour 2020 était de 10,1 par 100 000 (Statistique Canada, 2022). Le taux de suicide des hommes était 3 fois plus élevé que celui des femmes., se situant ainsi à 15,2 suicides par 100 000, comparativement à 5 suicides par 100 000 pour les femmes.

En ce qui a trait à la province de Québec, elle a vu son taux de suicide diminuer considérablement depuis les années 2000 (Levesque *et al.*, 2021). En 1999, le taux de suicide au Québec était de 21,7 suicides par 100 000 personnes. Ce taux a progressivement diminué jusqu'à atteindre 12,6 par 100 000 en 2018. Le Québec occupe aujourd'hui le 5e rang des provinces canadiennes ayant le taux de suicide le plus bas.

Au Québec, le taux de suicide est 3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Levesque *et al.*, 2021). En 2018, le taux de suicide des hommes était de 19 par 100 000, tandis que celui des femmes était de 6,3 pour 100 000. En ce qui a trait aux tentatives de suicide, ce sont les femmes qui affichent un taux d'hospitalisation supérieur à celui des hommes. En 2019, le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide des hommes était de 35,3 par 100 000, tandis que celui des femmes était de 55,1 pour 100 000. Les personnes âgées de 50 à 64 ans et celles âgées de 35 à 49 ans représentent les groupes les plus à risque de décéder par suicide au Québec, et ce autant chez les hommes que chez les femmes (Levesque *et al.*, 2021). À l'opposé, les préadolescents (10 à 14 ans) sont, chez les garçons comme chez les filles, le

groupe le moins à risque de décéder par suicide. En ce qui a trait aux jeunes de 15 à 19 ans, leur taux de suicide était de 12,1 par 100 000 en 2018.

Il importe de mentionner qu'entre 1995 et 2006, le taux de suicide des jeunes hommes âgés de 15 à 19 ans est passé de 35,1 par 100 000 en 1995 à 9,8 par 100 000 en 2006, ce qui représente une baisse marquée de 72% (Levesque *et al.*, 2021). Leur taux de suicide oscille depuis 2006 entre 8 par 100 000 et 14 par 100 000. Les jeunes hommes âgés de 20 à 34 ans ont également vu une baisse marquée de leur taux de suicide, passant de 47,5 par 100 000 en 1999 à 18,4 par 100 000 en 2013. Leur taux de suicide s'est stabilisé depuis 2013 autour de 18 par 100 000.

En ce qui a trait aux femmes, leurs taux de suicide sont stables depuis une quinzaine d'années (Levesque *et al.*, 2021). En 2018, les adolescentes (15 à 19 ans) affichaient un taux de suicide de 1,9 par 100 000, et les jeunes femmes de 20 à 24 affichaient un taux de suicide de 6,1 par 100 000.

Malgré ces tendances encourageantes, l'on observe depuis 2008 un phénomène d'augmentation des hospitalisations pour tentatives de suicide (Levesque *et al.*, 2021). Cette augmentation est davantage marquée chez les jeunes. Chez les adolescents de 15 à 19 ans, le taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide est passé de 34,9 par 100 000 en 2008 à 52,7 par 100 000 en 2016. Chez les adolescentes, ce taux est passé de 73,5 par 100 000 en 2008 à 196,6 par 100 000 en 2016. Le groupe d'âge ayant vu son taux d'hospitalisation pour tentative de suicide augmenter le plus est celui des jeunes filles âgées de 10 à 14 ans. Leur taux a plus que doublé au cours de la dernière décennie, passant de 25,5 par 100 000 en 2008 à 60,4 par 100 000 en 2019.

En ce qui a trait aux idées suicidaires, l'Enquête québécoise sur la santé de la population estimait que 2,8% de la population québécoise avait sérieusement songé à se suicider au cours de l'année 2014-2015 (Camirand *et al.*, 2016). Cette proportion variait peu en fonction de l'âge. Seuls les 65 ans et plus affichaient moins d'idées suicidaires sérieuses (1,3%). Les personnes à faible revenu (3,8%) et sans-emploi (6,1%) présentaient davantage d'idées suicidaires sérieuses que les personnes ayant des conditions de vie plus favorables.

Enfin, les causes du suicide sont toujours multifactorielles. On ne peut donc pas attribuer les malheurs des suicidés à des facteurs strictement individuels ou sociaux (Mishara et Tousignant, 2004). Bien que la dépression, l'abus de substances, les abus et les traumatismes, les conflits interpersonnels, le deuil et la

pauvreté soient des facteurs souvent associés aux conduites suicidaires (Harris et Barraclough, 1997; Stack, 2000), la majorité des individus qui sont atteints de ces conditions, qui expérimentent ce type d'événements ou qui vivent dans des conditions précaires ne font pas d'actes suicidaires. Il y a donc des éléments spécifiques au processus suicidaire qui caractérisent la détresse des individus suicidaires et qui en font une population distincte au point de vue clinique (Shneidman, 1993). Ces éléments sont généralement liés à leur expérience subjective de la souffrance et du désespoir, et aux questions existentielles qui les traversent. Le suicide d'un individu est généralement la résultante d'un enchaînement d'événements de vie qui l'ont mené à entrevoir le suicide comme étant une solution acceptable à ses problèmes et à sa souffrance (Mishara et Tousignant, 2004).

La nature multifactorielle des causes du suicide implique qu'il est possible de mettre en place une grande variété de stratégies de prévention. Les stratégies de prévention du suicide les plus efficaces sont la réduction de l'accessibilité aux moyens de suicide, le traitement responsable par les médias de la problématique du suicide, la détection et la prise en charge des individus souffrant de dépression et de toxicomanie, et l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé mentale et aux services sociaux dans la population (OMS, 2014).

Une des stratégies de prévention du suicide promues par l'OMS est l'offre de services d'intervention téléphonique, par clavardage ou par texto. Comme l'indique le rapport sur la prévention du suicide de l'OMS (2014), les lignes d'interventions représentent une ressource importante pour lutter contre le suicide, et ce partout à travers le monde :

les bénévoles formés qui prodiguent des conseils par téléphone et par Internet constituent une source précieuse d'aide psychologique pour les personnes en crise. En particulier, les services téléphoniques d'urgence ont acquis une reconnaissance internationale pour leur rôle crucial dans le soutien aux personnes qui traversent une crise suicidaire. (OMS, 2014, p. 48)

## 1.2 L'intervention téléphonique auprès des personnes suicidaires au Québec

Il existe plusieurs types de lignes d'intervention téléphonique susceptibles d'être utilisées par des personnes suicidaires au Québec (Mishara, 2012; Mishara et Daigle, 1992). Nous pouvons sommairement classer ces ressources en quatre grandes catégories : les centres d'écoute, les centres de crise, les lignes jeunesse et les centres de prévention du suicide. Ces ressources se distinguent par leur mission et leurs pratiques d'intervention.

Les centres d'écoute offrent une écoute empathique à tout individu ressentant le besoin de se confier ou de partager sa détresse (Mishara, 2012; Mishara et Daigle, 1992). Ces centres offrent généralement des services de type généraliste, c'est-à-dire qu'ils ne sont pas dédiés à une problématique spécifique. Les intervenants dans ces centres sont formés à écouter les appelants. Lors des appels, les intervenants s'abstiennent de partager leur lecture de la situation, de faire des commentaires ou des suggestions. À la conclusion des appels, les intervenants peuvent néanmoins orienter les appelants vers des ressources externes selon leurs besoins.

Les centres de crise sont spécialisés dans la gestion des crises psychosociales (Mishara, 2012; Mishara et Daigle, 1992). Au Québec, ils ont été créés en 1986 dans le but de désengorger les urgences psychiatriques. Les centres de crise opèrent des lignes d'intervention téléphonique et offrent une gamme de services dans la communauté, comme de l'hébergement temporaire et des suivis par des intervenants psychosociaux. Ils sont donc une alternative à l'hospitalisation dans les moments difficiles. Bien que leurs services soient accessibles à tout adulte vivant une détresse causée par une situation de crise ponctuelle, leurs usagers sont majoritairement des individus vivant avec des problèmes chroniques de santé mentale. Les intervenants dans ces lignes d'intervention posent généralement beaucoup de questions, suggèrent des pistes de solution et orientent les appelants vers des ressources externes, selon leurs besoins. Leur objectif d'intervention est la résolution de la situation qui a engendré la crise, ou un retour au calme lorsque la crise est de nature psychiatrique.

Les lignes jeunesse sont des services d'intervention téléphonique de type généraliste. Elles sont destinées aux enfants, aux adolescents, et parfois aux jeunes adultes. Ces lignes d'intervention ont pour mission d'offrir de l'information, du soutien et des conseils aux jeunes qui les interpellent. Ces lignes jouent un rôle non négligeable dans la prévention du suicide des jeunes, puisqu'une revue de la littérature sur les lignes jeunesse indique que, selon les études, de 4 % à 20 % des appels à ces lignes concernent des problèmes liés au suicide (Mathieu et al., 2020).

Enfin, les centres de prévention du suicide se distinguent des autres types de ressources par leur spécialisation à la problématique du suicide. Ils offrent un ensemble de services liés à la prévention du suicide : intervention téléphonique auprès d'individus suicidaires, soutien aux proches et aux endeuillés, postvention, campagnes de sensibilisation (Hoff, 2012; Lane *et al.*, 2010; Lester, 2011). Au Québec, il est possible d'accéder aux services d'un centre de prévention du suicide en composant la ligne provinciale

en prévention du suicide 1-866-APPELLE. L'appel est ensuite acheminé vers le centre de prévention du suicide situé dans la région de l'appelant.

Ce survol des ressources offrant de l'intervention téléphonique aux personnes suicidaires au Québec met en lumière le fait qu'il existe différentes approches d'intervention téléphonique en prévention du suicide.

### 1.3 Approches d'intervention téléphonique en prévention du suicide

Les approches d'intervention téléphonique en prévention du suicide sont des théories d'intervention qui véhiculent différentes valeurs et qui sont ancrées dans différentes conceptions de l'être humain, de la souffrance, et de la relation d'aide (Mishara, 2012; Mishara *et al.*, 2007a). On peut classer les approches d'intervention téléphonique en prévention du suicide en trois grandes catégories : l'écoute active, l'approche collaborative de résolution de problème et l'approche orientée vers les solutions.

L'écoute active, également nommée approche non directive, est inspirée des travaux du psychologue Carl Roger (Rogers, 1951). Elle prône une exploration des émotions de l'appelant plutôt qu'une démarche de résolution de problèmes. Le premier rôle de l'intervenant est, selon cette approche, d'offrir une écoute bienveillante et empathique à l'appelant. Selon cette approche, l'intervenant doit suivre le rythme de l'appelant et le laisser guider la conversation. La théorie d'intervention associée à cette approche postule que c'est le sentiment d'être écouté et compris qui amène l'appelant à se calmer, à retrouver de l'espoir et à identifier des solutions à ses problèmes.

La deuxième approche d'intervention est l'approche de résolution de problèmes collaborative, également nommée approche directive. Selon cette approche, le premier rôle de l'intervenant est d'aider l'appelant à résoudre ses problèmes. Pour ce faire, l'intervenant doit amener l'appelant à se concentrer sur la situation qui a déclenché la crise et explorer avec lui différentes possibilités d'action pouvant être mise de l'avant dans l'immédiat, ou dans un futur proche, afin de résoudre son problème (Mishara, 2012; Mishara *et al.*, 2007a). Cette approche est dite directive, car l'intervenant dirige la conversation sur les aspects du problème, de la situation ou des ressources de l'appelant, qu'il juge importants. La théorie d'intervention associée à cette approche postule que c'est le fait d'entrevoir des solutions à ses problèmes qui amène l'appelant à se calmer, à retrouver de l'espoir, et à identifier des solutions à son problème.

Depuis 2010, une troisième approche est promue par de nombreux acteurs de la prévention du suicide au Québec (Lane, Archambault, Collins-Poulette et Camirand, 2010). Cette approche se nomme l'approche orientée vers les solutions. Les promoteurs de cette approche soutiennent que la résolution de problèmes peut parfois engendrer des effets iatrogènes : étant donnée la nature insoluble de certains problèmes et situations (p. ex. : problèmes chroniques de santé mentale ou physique), mettre trop d'emphase sur la résolution des problèmes peut exacerber le sentiment d'impuissance et de désespoir des appelants. Les promoteurs de cette approche soutiennent également que les intervenants en prévention du suicide devraient insister davantage sur les situations passées où l'appelant a utilisé ses ressources pour surmonter ses difficultés, et tenter d'amener l'appelant à se projeter dans un futur souhaité (désirable, qui vaut la peine de vivre). La théorie d'intervention associée à cette approche postule que c'est le fait d'identifier ses forces et ses raisons de vivre qui amènent l'appelant à se calmer, à retrouver de l'espoir et à identifier des solutions à son problème.

#### 1.4 Pratiques d'évaluation du risque suicidaire dans les lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide

L'évaluation du risque suicidaire constitue une étape cruciale de l'intervention téléphonique en prévention du suicide. Lors d'un appel, l'intervenant doit d'abord déterminer le degré de dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire que présente l'appelant. Si la vie de l'appelant est en danger au moment du contact, l'intervenant va généralement adopter une approche directive et tenter d'amener ce dernier à assurer sa sécurité. Dans les situations où un passage à l'acte est en cours, une prise de contact avec les services d'urgence est généralement effectuée afin de sauver la vie de l'appelant. Si la vie de l'appelant n'est pas en danger immédiat, l'intervenant poursuit son évaluation en identifiant ses facteurs de risque et de protection. L'intervenant va ensuite tenter d'identifier avec l'appelant des moyens de diminuer l'impact de ses facteurs de risque sur son risque suicidaire (p. ex. : identifier une ressource en santé mentale) et d'augmenter l'effet bénéfique de ses facteurs de protection (p. ex. : mobiliser son réseau de soutien social). Ainsi, en plus d'avoir pour objectif d'assurer la sécurité de l'appelant, l'évaluation du risque suicidaire sert également à identifier des leviers d'intervention.

Malgré son importance, il semble que les intervenants ne procèdent pas toujours à l'évaluation du risque suicidaire des appelants, et ce même dans les lignes d'intervention spécialisées à la prévention du suicide. À titre d'exemple, Mishara et ses collaborateurs (2007a, 2007b) ont fait l'écoute silencieuse de 1431 interventions de crise à la National Suicide Prevention Lifeline (NSPL) aux États-Unis. Leurs résultats

indiquent que seulement 35 % des interventions portaient explicitement sur une crise suicidaire (Mishara *et al.*, 2007a). Or, dans 52% des appels, l'information sur le risque suicidaire était absente du contenu des appels, puisque les intervenants n'avaient pas posé de questions sur le suicide et que les appelants n'avaient pas exprimé d'idées suicidaires (Mishara *et al.*, 2007a). Dans un même ordre d'idées, Ramchand et ses collaborateurs (2017) ont documenté les pratiques d'intervention téléphonique de 16 centres de crise américains. Leurs résultats indiquent que les pratiques d'évaluation du risque suicidaire étaient très variables d'un centre à l'autre. En moyenne, seulement 69 % (13 % à 100 % selon les centres) des appelants à ces centres ont été interrogés sur leurs idées suicidaires et seulement 21 % (0 à 60 % selon les centres) ont été interrogés sur la présence d'un historique de tentatives de suicide.

On ignore les raisons qui expliquent cet écart entre les prescriptions des guides de bonnes pratiques qui indiquent qu'il est essentiel de procéder à l'évaluation du risque suicidaire, et les comportements d'intervention observés dans les études (Ramchand *et al.*, 2017). Il se pourrait que les intervenants craignent que les appelants réagissent mal aux questions directes sur le suicide. Or, ces craintes ne semblent pas justifiées par les données empiriques. Une étude britannique, effectuée chez les Samaritains au Royaume-Uni, a recueilli les réactions de 578 appelants à l'évaluation du risque suicidaire (Coveney *et al.*, 2012). La moitié des appelants (51%) ont rapporté une réaction positive à la question sur le suicide, un quart (26%) se sont sentis gênés ou surpris lorsque le sujet du suicide a été abordé par l'intervenant, et seulement 6,4% ont rapporté une réponse négative. Les réactions des appelants à la question sur le suicide n'étaient pas associées à la raison du contact.

Divers outils d'évaluation du risque suicidaire sont utilisés dans les lignes d'intervention téléphonique. Ces différents outils sont généralement fondés sur différentes théories du suicide. Ces outils listent une variété de facteurs de risque et de protection dont l'intervenant doit évaluer la présence chez l'appelant.

Au Québec, la plupart des centres de prévention du suicide utilisent la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire (Lavoie *et al.*, 2012). Comme l'indiquent les auteurs de la grille, cette dernière vise à soutenir le jugement clinique des intervenants dans l'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, l'identification de leviers d'intervention et la prise de décisions pour assurer la sécurité de la personne suicidaire. L'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire repose sur l'évaluation des facteurs suivants : la planification du suicide, les tentatives

de suicide antérieures, la capacité à espérer un changement, l'usage de substances, la capacité à se contrôler, la présence de proches et la capacité à prendre soin de soi.

Aux États-Unis, les centres qui font partie du réseau national des centres d'aide téléphonique, la National Suicide Prevention Lifeline, doivent mesurer les quatre composantes suivantes : le désir suicidaire (p. ex. : les idées suicidaires, le désespoir, etc.), les capacités à faire un geste suicidaire (p. ex. : tentatives de suicide antérieures, exposition au suicide d'un proche, etc.), l'intention suicidaire (p. ex. : la planification suicidaire) et les facteurs de protection (p. ex. : soutien social, la présence de projets dans l'avenir, etc.). Chacune de ses composantes est constituée de plusieurs facteurs de risque dont l'intervenant doit investiguer la présence. Les centres sont autonomes dans le choix des questions à poser aux appelants et des méthodes qu'ils utilisent pour obtenir les informations sur ces quatre composantes.

Cette diversité d'outils traduit une absence de consensus quant à la nature du processus suicidaire, les objectifs de l'évaluation du risque suicidaire, et les facteurs de risque et de protection à inclure dans les outils d'évaluation.

Des études d'analyse factorielle (Beck *et al.*, 1997; Holden et DeLisle, 2005; Holden *et al.*, 1985; Joiner *et al.*, 1997; Witte *et al.*, 2006) suggèrent qu'il existerait en fait deux composantes aux idéations suicidaires, soit les idéations suicidaires passives (p. ex. : les pensées liées au désir de mourir et à l'absence d'éléments dissuasifs au suicide) et les idéations suicidaires actives (p. ex. : les pensées liées à l'intention de se suicider et la planification suicidaire). Plusieurs auteurs soutiennent que les idéations suicidaires actives devraient être privilégiées lors de l'évaluation du risque suicidaire (p. ex. : Joiner *et al.*, 1997). Or, les résultats des études portant sur l'association entre ces composantes et le risque de tentatives de suicide futures ne sont pas concordants (Holden et DeLisle, 2005; Joiner *et al.*, 1997; Witte *et al.*, 2006; Witte *et al.*, 2010). L'état des connaissances sur l'évaluation du risque suicidaire ne permet donc pas d'identifier les outils d'évaluation du risque suicidaire qui devraient être privilégiés par les lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide.

### 1.5 Le profil des appelants suicidaires aux lignes d'intervention téléphonique

Plusieurs études rapportent les caractéristiques des appelants à des lignes de crise ou spécialisées à la prévention du suicide (Coveney *et al.*, 2012; Gould *et al.*, 2007; Gould *et al.*, 2012; Gould *et al.*, 2016; Middleton *et al.*, 2016; Mishara *et al.*, 2007a; Mishara et Daigle, 1992; Mishara et Daigle, 1997 ; O'Neill

*et al.*, 2019; Pil *et al.*,2013; Ramchand *et al.*, 2017 ). D'autres études rapportent les caractéristiques d'appelants suicidaires à des lignes d'intervention téléphonique non spécialisée à la prévention du suicide (p. ex. : lignes de crise pour anciens combattants, lignes jeunesse, etc.) (Britton *et al.*, 2013; King *et al.*, 2003; Rasmussen *et al.*, 2017; Vivekananda *et al.*, 2019). Les caractéristiques décrites sont généralement l'âge, le genre, les problèmes discutés lors des appels, le risque suicidaire, la fréquence d'utilisation de lignes d'intervention téléphonique, et l'utilisation d'autres types de ressources en santé mentale.

### 1.5.1 Âge et genre

Plusieurs études rapportent l'âge et le genre des appelants à des lignes de crise ou spécialisées à la prévention du suicide. Une étude portant sur 1431 appels de crise d'adultes à la NSPL indique que 47% des appelants semblaient âgés de 18 à 35 ans, que 54,6% semblaient âgés de 55 à 65 ans, et que seulement 1% des appels semblaient provenir d'ainés (Mishara *et al.*, 2007a). Une étude ayant interrogé 380 appelants suicidaires à la NSPL indique que l'âge moyen de ces appelants était de 36 ans (Gould *et al.*, 2007). Une étude québécoise (Mishara et Daigle, 1997) portant sur 263 appelants suicidaires à deux lignes spécialisées à la prévention du suicide indique que l'âge moyen des appelants était de 35 ans. Une étude belge (Pil *et al.*,2013) sur une ligne spécialisée à la prévention du suicide indique que l'âge moyen de 3041 appelants était de 42 ans. Enfin, une étude américaine portant sur 3609 appelants à une ligne de crise pour vétérans de la guerre indique que 75% des appels provenaient d'appelants âgés de moins de 60 ans.

En ce qui a trait au genre des appelants, les études portant exclusivement sur des appelants suicidaires rapportent des résultats similaires aux études qui s'intéressent à l'ensemble des appelants aux lignes de crise ou spécialisées à la prévention du suicide. Ces études, principalement nord-américaines, indiquent qu'environ 60% des appelants à ces lignes sont des femmes (Gould *et al.*, 2007; Mishara *et al.*, 2007a; Mishara et Daigle, 1997; Pil *et al.*,2013; Ramchand *et al.*, 2017).

Le ratio femme/homme semble cependant différent pour quelques groupes. Une étude portant sur l'analyse de 491 rapports d'interventions effectuées auprès d'appelants à la ligne NSPL présentant un risque imminent de passage à l'acte indique que 51,1% étaient des femmes (Gould *et al.*, 2016). Une étude portant sur 101 jeunes appelants suicidaires à la ligne jeunesse australienne Kids Help Line indique que 79,5% étaient des filles (King *et al.*, 2003). Enfin, les études sur les lignes de crise américaines pour

les anciens combattants indiquent, sans surprise, que de 84% à 94% des appelants étaient des hommes (Britton *et al.*, 2013; Rasmussen *et al.*, 2017).

### 1.5.2 Raisons du contact

Les études décrivant les problèmes discutés par les appelants aux lignes de crise et aux lignes spécialisées à la prévention du suicide rapportent des résultats similaires. Les problèmes liés à la santé mentale et les problèmes interpersonnels, qu'ils soient familiaux, conjugaux ou avec des pairs, sont les problèmes les plus fréquemment discutés par les appelants à ces lignes (Gould *et al.*, 2007; Mishara *et al.*, 2007a; Ramchand *et al.*, 2017). Les autres problèmes fréquemment discutés par les appelants varient selon les études et les classifications employées. Néanmoins, certains types de problèmes sont rapportés dans plusieurs études. Ces problèmes sont l'abus de substance (Gould *et al.*, 2007; Ramchand *et al.*, 2017), les problèmes de santé physique (Gould *et al.*, 2007; Mishara *et al.*, 2007a; Ramchand *et al.*, 2017), les problèmes financiers et les problèmes liés aux conditions de vie (Gould *et al.*, 2007; Mishara *et al.*, 2007a; Ramchand *et al.*, 2017).

Une étude ayant sondé en ligne 1309 personnes ayant contacté les Samaritains au Royaume-Uni, dont 46,2% avaient moins de 25 ans, rapporte les raisons évoquées par les utilisateurs pour contacter le service (Coveney *et al.*, 2012). Les problèmes de santé mentale, l'automutilation et les problèmes interpersonnels étaient les problèmes les plus souvent rapportés par les participants, suivi par le fait de se sentir généralement triste ou déprimé, le fait de se sentir seul ou isolé, et le fait de se sentir inquiet ou anxieux la plupart du temps.

Enfin, une étude américaine sur une ligne de crise pour anciens combattants (Rasmussen *et al.*, 2017) indique que les appelants âgés de 60 ans et plus étaient plus susceptibles de présenter des problèmes de santé physique, de l'isolement ou d'être endeuillé. Les appelants plus jeunes discutaient plus souvent de problèmes financiers, de problèmes de santé mentale, de symptômes de stress post-traumatique, d'abus de substances et de problèmes relationnels.

### 1.5.3 Risque suicidaire

Plusieurs études rapportent le risque suicidaire des appelants à des lignes de crise ou spécialisées à la prévention du suicide. Une étude portant sur 1431 appels de crise à la NSPL indique que 20,1% des appelants présentaient des intentions suicidaires, que 12,7% avaient des intentions suicidaires et un plan

suicidaire, et que 2,3% étaient en tentative de suicide au moment du contact (Mishara *et al.*, 2007a). Une étude ayant porté sur 1085 appelants suicidaires à la NSPL indique que 59,3% avaient un plan suicidaire, que 57,5% avaient déjà fait une tentative de suicide par le passé et que 8,11% étaient en tentative de suicide au moment du contact (Gould *et al.*, 2007). Le profil de risque suicidaire des hommes et celui des femmes étaient similaires à l'exception du nombre de tentatives de suicide qui était plus élevé pour les femmes. Une étude québécoise portant sur 263 appelants suicidaires à deux lignes spécialisées à la prévention du suicide indique que 71% avaient fait une tentative de suicide par le passé (Mishara et Daigle, 1997).

Plusieurs études ont utilisé des instruments maison pour qualifier le risque suicidaire des appelants. L'étude québécoise de Mishara et Daigle (1997), portant sur 263 appelants suicidaires, indique que leur risque suicidaire était en moyenne de 4,4 sur une échelle maison de 1 à 9. Une étude belge portant sur l'ensemble des appelants à une ligne spécialisée à la prévention du suicide indique que près de la moitié des appelants (46% – 48%) présentaient un risque suicidaire modéré ou élevé (instrument non spécifié) (Pil *et al.*, 2013). Enfin, une étude américaine portant sur 646 appelants suicidaires à une ligne de crise pour anciens combattants indique que 34% présentaient un risque suicidaire élevé (instrument non spécifié) (Britton *et al.*, 2013).

Enfin, une étude a catégorisé, à l'aide d'une analyse classificatoire, 491 appelants à la NSPL présentant un risque de passage à l'acte (Gould *et al.*, 2016). Quatre classes d'appelants ont été identifiées :

- 1) Les appelants présentant un faible risque de passage à l'acte (21,4% de l'échantillon). Ces appelants présentaient de nombreux facteurs de protection et de raisons de vivre. Ils étaient généralement très collaboratifs à l'intervention;
- 2) Les appelants présentant un risque modéré de passage à l'acte (18,3% de l'échantillon). Ces appelants présentaient peu de facteur de protection et de raisons de vivre. Ces appelants étaient peu collaboratifs, répondaient souvent *Je ne sais pas* aux questions de l'intervenant, et semblaient souvent déconnectée de la réalité.
- 3) Les appelants présentant un risque élevé de passage à l'acte (46,1% de l'échantillon). Ces appelants présentaient peu de facteur de protection et de raisons de vivre. Près de la moitié

d'entre eux était en préparation d'une tentative de suicide ou étaient en tentative de suicide au moment du contact. Ces appelants étaient collaboratifs à l'intervention.

- 4) Les appelants présentant un risque très élevé de passage à l'acte (11% de l'échantillon). Ces appelants présentaient peu de facteur de protection et de raisons de vivre. Ces appelants étaient peu collaboratifs à l'intervention, répondaient *Je ne sais pas* à la majorité des questions de l'intervenant, et présentaient le taux de tentative de suicide en cours le plus élevé.

#### 1.5.4 Fréquence d'utilisation des lignes d'intervention téléphonique

La fréquence d'utilisation des lignes d'intervention téléphonique varie en fonction des caractéristiques et des besoins des appelants. Certains individus contacteront une ligne d'intervention téléphonique une seule fois au cours de leur vie, alors que d'autres, les appelants fréquents, peuvent contacter les lignes d'intervention téléphonique plusieurs fois par semaine voire, par jour (O'Neill *et al.*, 2019). À titre d'exemple, 3% des appelants à la ligne de prévention du suicide australienne Lifeline appellent plus de 20 fois par mois, et leurs appels constituent 60% du volume d'appels de la ligne. De même, dans l'étude québécoise de Mishara et Daigle (1992) effectuée auprès de 2 centres de prévention du suicide, les appelants fréquents constituaient 25% des appelants, mais ils représentaient plus de 50% du volume total d'appels des deux centres.

Les appelants fréquents sont similaires aux appelants occasionnels à plusieurs égards : ils présentent souvent des problèmes de santé mentale, ils semblent autant à risque suicidaire que les appelants occasionnels, et ils appellent généralement pour parler des problèmes qu'ils vivent, pour avoir de l'aide avec leurs problèmes de santé mentale, et pour bénéficier de conseils et d'une oreille attentive (Middleton *et al.*, 2016; Pirkis *et al.*, 2016; Vivekananda *et al.*, 2019). Cependant, certaines études indiquent qu'ils présentent certaines caractéristiques qui les distinguent des appelants occasionnels : ils vivraient davantage d'isolement social et de précarité, présenteraient davantage de problèmes de santé chronique et auraient vécu davantage de traumatismes (Pirkis *et al.*, 2016; Vivekananda *et al.*, 2019).

Les appelants fréquents représentent également un défi pour les lignes d'intervention téléphonique. Certains appelants fréquents ont tendance à éviter les questions qui leur sont posées, refusent de se concentrer sur leurs problèmes lors des appels, et ont tendance à monologuer (ils parlent constamment et n'écoute pas l'intervenant). Ces appelants suscitent généralement des sentiments difficiles chez les

intervenants, comme le sentiment d'incompétence (Kinzel et Nanson, 2000; Brockopp *et al.*, 2012), le sentiment d'être manipulé (Kinzel et Nanson, 2000), le sentiment de perdre ou de mal utiliser leur temps (Brockopp *et al.*, 2002), de la frustration et du ressentiment (Brockopp *et al.*, 2012) et de l'épuisement (Kinzel et Nanson, 2000). Qui plus est, il n'existe pas de consensus à savoir si les appelants fréquents bénéficient de leurs appels aux lignes d'intervention téléphoniques (Pirkis *et al.*, 2016).

#### 1.5.5 Utilisation de ressources en santé mentale

Plusieurs études rapportent l'utilisation de ressources en santé mentale des appelants aux lignes de crise ou spécialisée à la prévention du suicide. Une étude ayant interrogé 654 appelants à la NSPL indique que 82,9% des appelants avaient déjà reçu un traitement en santé mentale et que 46% étaient en traitement au moment du contact (Gould *et al.*, 2012). Une étude portant sur 1431 appelants à la NSPL indique que 24,5% utilisaient des services en santé mentale. Les appelants en crise suicidaire rapportaient une plus grande utilisation de service en santé mentale que les appelants en crise non suicidaire (35% c. 22,4%). Une étude québécoise portant sur 263 appelants suicidaires à deux lignes spécialisées à la prévention du suicide indique que 52% des appelants avaient reçu une prescription pour des psychotropes et que 60% étaient suivis par un professionnel de la santé mentale (Mishara et Daigle, 1997). Enfin, une étude ayant sondé en ligne 1309 personnes ayant contacté les Samaritains au Royaume-Uni indique que 77,6% utilisaient des ressources en santé mentale et que 34,2% des participants prenaient une médication pour leur santé mentale. Les services les plus fréquemment utilisés par les participants étaient les médecins généralistes, les psychiatres et psychologues et les services de santé communautaire.

#### 1.5.6 Synthèse des connaissances sur les caractéristiques des appelants suicidaires aux lignes d'intervention téléphonique

Dans l'ensemble, les études qui rapportent les caractéristiques des appelants aux lignes de crise ou spécialisées en prévention du suicide indiquent que les appelants sont majoritairement des femmes (environ 60%) dont l'âge moyen est de 35 à 40 ans (Gould *et al.*, 2007; Mishara *et al.*, 2007a; Mishara et Daigle, 1997; Pil *et al.*, 2013; Ramchand *et al.*, 2017). Les adolescents et les aînés utilisent peu les lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide (Gould *et al.*, 2007; Mishara *et al.*, 2007a).

Les problèmes vécus par les appelants sont très variés. Les problèmes de santé mentale et les problèmes interpersonnels (familiaux, conjugaux ou avec des pairs) sont les problématiques les plus fréquemment discutées dans l'ensemble des études sur les lignes d'intervention téléphonique (Coveney *et al.*, 2012;

Gould *et al.*, 2007; Mishara *et al.*, 2007a; Ramchand *et al.*, 2017). Les problèmes discutés semblent varier en fonction de l'âge et du contexte de vie des appelants (p. ex. : l'automutilation chez les jeunes, le stress post-traumatique chez les anciens combattants, etc.) (Coveney *et al.*, 2012; Ramussen *et al.*, 2017).

Une proportion importante des appels acheminés aux lignes de crise et spécialisées en prévention du suicide proviennent d'appelants présentant un risque suicidaire modéré ou élevé (35% à 48%) (Gould *et al.*, 2007; Mishara *et al.*, 2007a; Mishara et Daigle, 1997; Pil *et al.*, 2013). Ceux-ci présentent souvent un historique de tentative de suicide (57,5% à 71%) et ont souvent un plan ou des intentions suicidaires au moment du contact (20,1% à 57,5%) (Gould *et al.*, 2007; Mishara *et al.*, 2007a; Mishara et Daigle, 1997). Cependant, peu d'appelants sont en tentative de suicide au moment du contact (autour de 2%) (Mishara *et al.*, 2007a), et la grande majorité des appelants qui présentent un risque imminent de passage à l'acte collabore avec les intervenants pour assurer leur sécurité (Gould *et al.*, 2016).

Une minorité d'appelants aux lignes d'intervention téléphonique sont considérés comme étant des appelants fréquents (3% à 25%) et ils représentent à eux seuls une proportion importante du volume d'appels des lignes (Mishara et Daigle, 1992; O'Neill *et al.*, 2019; Pirkis *et al.*, 2016). Ces appelants fréquents vivent généralement plus de précarité sociale et présentent souvent des problèmes de santé mentale et physique de nature chronique (Pirkis *et al.*, 2016; Vivekananda *et al.*, 2019). Ces appelants représentent un défi pour les lignes d'intervention, car ils suscitent souvent des émotions négatives et du ressentiment chez les intervenants (Brockopp *et al.*, 2002; Brockopp *et al.*, 2012; Kinzel et Nanson, 2000). De plus, l'on ne sait pas si ces appelants bénéficient de leurs appels fréquents aux lignes d'intervention téléphonique (Pirkis *et al.*, 2016).

Enfin, les appelants suicidaires aux lignes d'intervention utilisent une variété de ressources en santé mentale (24,5% à 60%), et sont souvent suivis par un médecin généraliste, un psychiatre ou un psychologue. Ils semblent utiliser les lignes d'intervention en complémentarité des autres services qu'ils reçoivent (Gould *et al.*, 2012; Mishara et Daigle, 1997).

### 1.5.7 Limites méthodologiques des études décrivant les caractéristiques des appelants aux lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide

Décrire le profil des appelants suicidaires aux lignes de crise ou spécialisées à la prévention du suicide n'est pas une chose simple, car les études recensées comportent généralement d'importants biais de sélection (Hoffberg *et al.*, 2020).

Tout d'abord, les études sur les lignes d'intervention spécialisées à la prévention du suicide présentent souvent les caractéristiques de l'ensemble des appelants, ou encore celles des appelants qui appellent pour une situation de crise (Mishara *et al.*, 2007a; Pil *et al.*, 2013; Ramchand *et al.*, 2017) . Or, tous ces appelants ne sont pas nécessairement suicidaires. Qui plus est, ces études sont souvent observationnelles et l'information sur le risque suicidaire n'est pas toujours présente dans le contenu des appels, ou dans les rapports d'intervention complétés par les intervenants.

Ensuite, plusieurs études portant sur des lignes non spécialisées à la prévention du suicide (lignes généralistes ou lignes de crise) rapportent les caractéristiques de leurs appelants et indiquent qu'il y a une proportion d'entre eux qui sont suicidaires (Britton *et al.*, 2013; Ramussen *et al.*, 2017. Or, ces études ne comparent pas toujours les appelants suicidaires aux appelants non suicidaires. Il est alors difficile de savoir si le profil des appelants non suicidaires est le même que celui des appelants suicidaires.

Enfin, plusieurs études décrivent les caractéristiques d'appelants suicidaires à des lignes d'intervention, mais ne rapportent pas la proportion que représentent les appelants suicidaires étudiés parmi l'ensemble des appelants suicidaires du service (l'équivalent du taux de réponse) (King *et al.*, 2003; Mishara et Daigle, 1997). Il est donc difficile d'évaluer la possibilité de généraliser les informations sur les caractéristiques observées dans ces études à l'ensemble des appelants suicidaires aux lignes étudiées.

### 1.6 Efficacité des lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide

Pour toutes ces raisons, il existe peu de données fiables sur les caractéristiques qui sont spécifiques aux appelants suicidaires aux lignes d'intervention téléphonique, et ce malgré l'abondante littérature sur les lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide. Il convient également de rappeler qu'il est difficile de dresser un portrait de la suicidalité des appelants aux lignes d'intervention téléphonique à partir de la littérature scientifique, étant donné l'hétérogénéité des instruments utilisés pour mesurer le

risque suicidaire dans les différentes études. Efficacité des lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide

Les lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide ont généralement pour principal objectif une baisse de l'incidence des tentatives de suicide et des suicides complétés dans les régions où elles sont implantées. Malheureusement, il est pratiquement impossible de vérifier empiriquement si ces lignes d'intervention téléphonique ont réellement un impact à long terme sur les taux de suicide, car les défis méthodologiques associés à l'évaluation de tels objectifs sont immenses (Lester, 2011; Mishara *et al.*, 2007a).

La principale difficulté tient au fait qu'il est impossible d'implanter des devis expérimentaux permettant d'isoler les effets d'une ligne d'intervention téléphonique sur le risque suicidaire des individus d'une population. Au mieux, des devis quasi expérimentaux peuvent être utilisés lors d'études populationnelles afin de comparer les taux de suicide de territoires où sont implantées des lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide à des territoires ne bénéficiant pas de tels services (Lester, 2011). Cependant, une évaluation de l'efficacité d'une ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide devrait logiquement mesurer ses impacts sur les utilisateurs de ce service, et non sur les individus suicidaires qui n'en font pas usage. Les études s'attardant à mesurer les impacts des centres de prévention du suicide sur les taux de suicide d'une population ne permettent pas de faire cette distinction. Ainsi, bien que certaines études populationnelles suggèrent un effet positif des lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide sur les taux de suicide des jeunes femmes caucasiennes (Mishara *et al.*, 2007a), il est impossible de déterminer si ces effets sont attribuables à la présence des centres de prévention du suicide.

Pour toutes ces raisons, les chercheurs en suicidologie ont élaboré différentes méthodes pour évaluer les impacts proximaux des lignes d'intervention téléphonique sur les comportements suicidaires des appelants, ainsi que sur leurs facteurs de risque et de protection.

#### 1.6.1 Impacts des lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide sur la détresse et le risque suicidaire des appelants

Les études ayant évalué les impacts proximaux des lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide ont employé une grande diversité de méthodes et elles ont mesuré différents construits

théoriques. Étant donné cette diversité, et la pertinence de chacune d'entre elles, les études recensées seront présentées de manière séquentielle et selon leurs dates de publication.

King, Nurcombe, Bickman, Hides et Reid (2003) ont fait l'écoute silencieuse de 100 appels à la ligne jeunesse Australienne Kids Help Line. Ils ont codifié le début et la fin des appels à l'aide d'une grille comprenant des items sur les idées suicidaires, l'intention suicidaire et l'état mental des appelants. Ils ont observé une réduction statistiquement significative de la détresse et des idéations suicidaires du début à la fin des appels. Une minorité de jeunes (14%) présentaient encore des intentions suicidaires à la fin de l'intervention.

Mishara et ses collaborateurs (2007b) ont fait l'écoute silencieuse de 1431 appels de crise à la NSPL. Ils ont codifié le début et la fin des appels à l'aide d'une grille d'observation comprenant des items sur 11 dimensions émotionnelles. Leurs résultats indiquent que la plupart des dimensions émotionnelles ne changeaient pas au cours des appels. Plus de la moitié des appelants semblaient néanmoins moins confus et plus décidés à la fin de l'appel, 40% semblaient avoir plus d'espoir, et 38% semblaient plus en confiance. Cependant, 11% semblaient plus appréhensif à la fin de l'appel, 9% semblaient plus triste, 9,5% semblaient ressentir plus d'impuissance, 11% semblaient avoir moins d'espoir et 10% semblaient plus confus.

Gould et ses collègues (2007) ont questionné 1085 appelants à la NSPL sur leur intention de mourir, leur désespoir et leur détresse psychologique immédiatement après l'intervention. 380 appelants ont participé à une entrevue de suivi 2 à 3 semaines après l'intervention. Ils ont observé une réduction significative du risque suicidaire, du désespoir et de la détresse du début à la fin des appels. Ils ont également observé une réduction significative du désespoir et de la souffrance psychologique au suivi, mais pas pour la dimension intention de mourir. Un tiers des appelants présentaient toujours des idéations suicidaires à la fin du contact et un appelant suicidaire sur cinq présentait toujours un plan pour se suicider. Environ 3 appelants sur 4 avaient développé un plan d'action avec l'intervenant au cours de l'appel. Au suivi, 22,6% de ces appelants affirmaient ne plus se souvenir du plan d'action. Pour les autres, 75% d'entre eux avaient mis en œuvre le plan d'action. Parmi les 151 appelants suicidaires à qui l'on avait donné des références, 35% avaient pris un rendez-vous avec les ressources référées.

Une étude ayant sondé en ligne 1309 personnes ayant contacté les Samaritains au Royaume-Uni a utilisé une échelle en 10 points pour mesurer l'impact du service sur différentes dimensions (Coveney et

al.,2012). La moyenne des scores à la dimension *Overall feeling* était de 7 et de 8 pour la dimension *Overall perception of helpfulness*. 62% des répondants ont indiqué qu'ils se sont toujours sentis écoutés lorsqu'ils ont contacté le service, 30% ont affirmé qu'ils se sentaient parfois écoutés, 7,4% ont indiqué qu'ils se sentaient peu écoutés ou pas écoutés du tout.

Lors d'une étude effectuée à la ligne Rethink Mental Illness telephone helpline (Tyson *et al.*, 2016), les intervenants ont questionné 87 appelants au début et à la fin des appels à l'aide d'un questionnaire maison à 5 items portant le suicide et l'automutilation. Une diminution statistiquement significative de la détresse et de la perception qu'avaient les appelants de leur risque de s'automutiler ou de poser un geste suicidaire a été observée.

Gould *et al.* (2016) ont analysé 491 rapports d'interventions effectuées auprès d'appelants présentant un risque de passage à l'acte imminent à la NSPL. Leurs résultats indiquent que l'appelant a collaboré avec l'intervenant pour assurer sa sécurité dans 76,4% des interventions. La mise en place de mesures d'urgence (p. ex. : impliquer un proche, une équipe mobile de crise ou les services d'urgence) a été nécessaire dans 60,9% des interventions. Dans 43,6% des interventions, l'appelant a accepté de mettre en place, par lui-même, des mesures pour assurer sa sécurité (p. ex. : faire un plan de sécurité). Dans 39,1% des interventions, l'intervenant a indiqué que le risque suicidaire de l'appelant a diminué suffisamment durant l'appel pour que la mise en place de mesures d'urgence ne soit plus nécessaire. Dans 28,9% des interventions, l'appelant a accepté de recevoir un appel de suivi. Dans 25,5% des interventions, l'appelant a accepté d'impliquer un proche ou un pair pour assurer sa sécurité. Dans 13,2% des interventions, l'appelant a accepté de se départir du moyen qu'il envisageait utiliser pour se suicider. Les services d'urgence ont été contactés avec la collaboration de l'appelant dans 19% des interventions, et l'intervenant a dû appeler les services d'urgence en l'absence de la collaboration de l'appelant dans 24,6% des interventions.

Mishara et ses collègues (2016) ont comparé les impacts d'interventions téléphoniques effectuées par des professionnels rémunérés et des bénévoles ayant reçu une formation. De manière générale, ils ont observé peu de différences entre les interventions effectuées par les bénévoles et celles effectuées par des employés rémunérés. La satisfaction des appelants à l'égard des services reçus était plus élevée pour le personnel rémunéré (78,6% contre 58,3%). Les interventions effectuées par des intervenants qui

avaient plus de 140 heures d'expérience, qu'ils soient bénévoles ou rémunérés, étaient associées à une plus grande diminution de l'urgence suicidaire.

Ramchand et ses collaborateurs (2017) ont fait l'écoute silencieuse et la codification du contenu de 241 appels acheminés à 10 centres de crise. Leurs résultats indiquent une grande variabilité dans les impacts observés selon les centres. En moyenne, 43% des appels se sont soldés par une diminution de la détresse des appelants (de 28% à 64% selon les différents centres). Pour la majorité des appels, aucun changement dans le niveau de détresse n'a été observé (11% à 54% selon les centres). Un centre affichait une augmentation de la détresse de 15% de ses appels.

Une étude américaine (Rasmussen *et al.*, 2017) a analysé le contenu de 3608 appels à un centre de crise pour anciens combattants (dont 28,97% provenaient d'appelants ayant des idées suicidaires). Plus de 80% des appelants ont déclaré se sentir mieux à la fin de l'appel.

En somme, les évaluations des lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide ont permis d'estimer l'efficacité de ces services. Leurs résultats indiquent que les lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide sont efficaces à réduire la détresse et le désespoir des appelants du début à la fin des appels, à réduire le risque de passage à l'acte des appelants suicidaires et à aider les appelants à élaborer un plan d'action (Gould *et al.*, 2007; King *et al.*, 2003; Mishara *et al.*, 2007b; Mishara et Daigle, 1997). Une étude indique que la réduction de la détresse se maintient trois semaines après l'intervention, mais qu'environ un tiers des appelants suicidaires présentent toujours des idées suicidaires à la suite de leur contact et qu'un appelant suicidaire sur cinq présentait toujours un plan pour se suicider (Gould *et al.*, 2007).

#### 1.6.2 Bonnes pratiques d'intervention téléphonique en prévention du suicide

Les études ayant évalué les impacts des pratiques d'intervention au sein des lignes d'intervention téléphonique ont principalement décrit les caractéristiques des interventions selon les techniques d'intervention employées par les intervenants, les différentes tâches accomplies par les intervenants au cours des appels, et l'établissement d'un rapport thérapeutique avec les appelants. Ces caractéristiques sont généralement mises en relation avec les impacts des interventions sur la détresse et le risque suicidaire des appelants.

Mishara et Daigle (1997) ont fait l'écoute silencieuse de 617 appels acheminés à deux centres de prévention du suicide québécois. Ils ont recensé la fréquence d'utilisation de 20 techniques d'intervention (p. ex. : questionner sur le problème, reformuler les propos de l'appelant, reflet des émotions, etc.) et ils ont effectué des analyses de classification afin d'identifier des regroupements de techniques. Deux groupes de techniques ont émergé de ces analyses : un style d'intervention composé de techniques associées à l'approche collaborative de résolution de problème, et un style d'intervention incorporant à la fois des techniques associées à l'approche collaborative de résolution de problème et des techniques associées à l'écoute active. Les résultats de cette recherche indiquent que, de manière générale, les interventions dans ces centres de prévention du suicide étaient directives. Les interventions, généralement directives, contenant davantage d'écoute active étaient associées à une plus grande diminution de l'humeur dépressive et de l'urgence suicidaire des appelants, ainsi qu'à une plus grande probabilité de conclure un contrat de non-suicide.

Mishara et ses collaborateurs (2007a, 2007b) ont fait l'écoute silencieuse de 1421 appels à la NSPL. Ils ont dénombré la fréquence d'utilisation de différentes techniques d'intervention et ont employé une analyse en composante principale pour identifier des regroupements de techniques. Ils ont identifié quatre regroupements de techniques, soit le *Soutien moral et bon contact* (p. ex. : établir un bon contact initial, validation des émotions, etc.), *Écoute active* (p. ex. : reflet des émotions, reformulation, etc.), *Approche de résolution de problème collaborative* (p. ex. : questions sur l'élément déclencheur de la crise, suggestions de pistes de solution, etc.) et *Style d'intervention négatif* (p. ex. : faire des jugements de valeur, inciter l'appelant à se tuer, etc.). Ils ont ensuite évalué l'impact des regroupements de techniques, du degré d'empathie, de respect et de directivité des interventions sur l'efficacité des interventions à l'aide du Crisis Call Outcome Rating Scale (CCORS) (Bonneson et Hartsough, 1987) et d'une échelle maison mesurant la variation de l'état émotionnel des appelants. Les styles d'intervention *Soutien moral et bon contact* et *Approche collaborative de résolution de problème* étaient associés à des résultats positifs au CCORS et à l'amélioration de l'état émotionnel des appelants. Les appels affichant un degré élevé de directivité étaient également associés à l'amélioration de l'état émotionnel des appelants. Les appelants suicidaires étaient ceux qui semblaient bénéficier le plus de la directivité des interventions. Le regroupement de techniques *Écoute active* était moins efficace que le regroupement de techniques *Approche collaborative de résolution de problème* dans les cas de crise suicidaire.

Gould et ses collègues (2013) ont évalué les impacts de la formation Applied Suicide Intervention Skills Training (ASIST) sur la qualité des interventions à la NSPL. Ils ont fait l'écoute silencieuse de 1 507 appels de 1 410 personnes suicidaires acheminés à 17 centres de la NSPL et ont comparé, à l'aide d'un devis randomisé avec liste d'attente, les interventions d'intervenants ayant reçu la formation ASIST aux interventions d'intervenants n'ayant pas reçu la formation. Les appels des intervenants formés à ASIST étaient plus longs, et donnaient lieu à plus d'*invitations* de la part des appelants (selon ASIST : propos suicidaires implicites à partir desquels l'on peut aborder les idéations suicidaires). Les intervenants ayant reçu la formation ASIST étaient beaucoup plus susceptibles d'aborder les idéations suicidaires à la suite des invitations des appelants. En revanche, ils n'étaient pas plus enclins à explorer les intentions suicidaires, la planification suicidaire et la présence d'un historique de tentatives de suicide. Les intervenants ayant reçu la formation ASIST exploraient davantage les raisons de vivre des appelants, leur ambivalence face au suicide, et leur réseau de soutien. Cependant, leurs interventions n'étaient globalement pas de meilleure qualité, et elles n'ont pas été jugées plus favorablement par les appelants. En ce qui a trait aux pratiques d'intervention promues par ASIST, explorer les raisons de vivre, explorer l'ambivalence face au suicide, et explorer le réseau de soutien des appelants étaient les pratiques qui étaient les plus associées à une réduction du risque suicidaire. La durée des interventions était également associée à une réduction du risque suicidaire.

Mishara et ses collègues (2016) ont comparé des interventions effectuées par des bénévoles et des professionnels rémunérés. Au total, 262 interventions ont été classifiées comme étant non directives et 246 comme étant directives. Les intervenants qui comptaient plus de 140 heures d'expérience étaient plus nombreux à adopter un style d'intervention non directif. Aucune différence ne fut observée entre les interventions directives et les interventions non directives en ce qui a trait aux variations de l'urgence suicidaire, aux scores au CCORS, aux changements à l'indice de symptôme psychologique, à l'indice de dépression de Brasington, à la satisfaction à l'égard des appels, à la conclusion d'une entente sur un plan d'action, et à la mise en œuvre du plan d'action.

Ramchand et ses collègues (2017) ont fait l'écoute silencieuse de 241 appels acheminés à 10 centres de crise américains. Ils ont codifié le contenu des appels à l'aide d'une grille d'observation des pratiques promues par la NSPL. Ces bonnes pratiques étaient les pratiques associées à des impacts positifs dans l'étude de Mishara et ses collaborateurs (2007b) (*Soutien moral et bon contact* et *Résolution de problèmes collaborative*). Aucune association entre les pratiques d'intervention et la diminution de la

détresse des appelants n'a été observée. Cependant, les appels dont la durée était plus grande étaient associés à une plus grande diminution de la détresse et une plus grande satisfaction des appelants.

Gould et ses collègues (2018) ont évalué un projet pilote de la NSPL consistant à effectuer des suivis téléphoniques auprès d'appelants suicidaires et d'élaborer avec eux un plan de sécurité. Les objectifs de l'évaluation étaient de décrire les activités cliniques qui étaient mises en œuvre lors des contacts, et de déterminer celles qui étaient associées à des impacts positifs. Le nombre d'appels de suivi était associé au sentiment de prise en charge des appelants, à l'impression que l'intervention les a empêchés de se suicider, et au sentiment que le suivi les a aidés à assurer leur sécurité. Les perceptions des appelants quant à l'efficacité de l'intervention étaient positivement corrélées au nombre de minutes de suivi reçues. En ce qui a trait aux pratiques d'intervention, les appelants qui ont discuté de leur consommation de substances, de leur réseau de soutien, et qui ont exploré leurs raisons de mourir avaient plus de chances de déclarer que le suivi les avait empêchés de se suicider. Ces mêmes pratiques, ainsi que les discussions sur les éléments déclencheurs des crises suicidaires, les signes avant-coureurs des crises suicidaires, et l'exploration de l'ambivalence face au suicide étaient associées à la probabilité que l'appelant déclare que le suivi les a aidés à assurer leur sécurité.

En somme, les recherches ayant étudié les meilleures pratiques d'intervention téléphonique en prévention du suicide sont méthodologiquement très hétérogènes et elles ont fait l'objet de peu d'études de réplification. En outre, les études qui ont utilisé des méthodes similaires ou qui ont mesuré les mêmes construits ont souvent obtenu des résultats divergents. Néanmoins, pris dans leur ensemble, ces études tendent à démontrer que les interventions qui sont plus longues, où l'intervenant prends le temps d'établir un lien de confiance en début d'appel, de valider l'expérience de l'appelant, d'évaluer son risque suicidaire, d'explorer ses raisons de vivre, son ambivalence face au suicide et son réseau de soutien, et dans lesquels l'intervenant fait de la résolution de problème collaborative, seraient plus efficaces que les interventions entièrement non directives auprès des appelants suicidaires. Les suivis téléphoniques et l'élaboration d'un plan de sécurité ont également été associés à des impacts positifs dans les études recensées.

### 1.6.3 Impacts des interventions téléphoniques en prévention du suicide sur l'utilisation de ressources en santé mentale

Peu d'études ont exploré les impacts des interventions téléphoniques en prévention du suicide sur l'utilisation de ressources en santé mentale. De Anda et Smith (1993) ont analysé 405 rapports d'intervention d'un centre de prévention du suicide aux États-Unis. Seulement 44,1% des adultes, 44,6% des jeunes adultes et 32,7% des adolescents ont été orientés vers des services en santé mentale. Les intervenants orientaient peu les appelants présentant des problèmes d'abus de substances vers des services de réadaptation en dépendance.

Gould et ses collègues (2012) ont examiné les motifs et barrières à l'utilisation de ressources en santé mentale d'appelants à la NSPL. Ils ont effectué un suivi téléphonique auprès de 654 appelants ayant été orientés vers des ressources en santé mentale pendant leur appel. Au suivi, 41,9 % des appelants avaient utilisé la ressource recommandée par l'intervenant, et 11,2% ont utilisé une autre ressource comparable à celle recommandée par l'intervenant. Le taux d'utilisation des ressources recommandées était beaucoup plus élevé pour les appelants qui avaient déjà utilisé la ressource par le passé (66,7%) que pour les appelants qui se sont fait recommander une nouvelle ressource (15,8%). Seulement 26,1% des appelants qui n'étaient pas en traitement au moment du contact avec la NSPL avaient utilisé une ressource en santé mentale au suivi. Les principales barrières à l'utilisation de ressources étaient le déni de la sévérité des problèmes, ne pas faire confiance aux professionnels de la santé, avoir vécu de mauvaises expériences avec les ressources en santé mentale, et des enjeux liés aux coûts des services.

Une étude américaine portant sur 646 appelants suicidaires à une ligne de crise pour anciens combattants (Britton *et al.*, 2013) indique que 59% des appelants ont été référés vers des ressources en santé mentale. Les appelants qui présentaient un risque suicidaire élevé avaient 2,7 fois plus de chance d'être orientés vers des ressources en santé mentale. Ils étaient également plus enclins à accepter les références de l'intervenant que les appelants présentant un risque suicidaire faible. Parmi les appelants qui n'ont pas été référés à des services en santé mentale, 23% présentaient un risque suicidaire élevé et 51% présentaient un risque suicidaire faible.

En somme, ces résultats indiquent qu'une importante proportion des appelants aux lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide sont orientés vers des ressources en santé mentale. Cependant, il semble que les appelants qui ne bénéficient pas d'un suivi en santé mentale au moment du contact

utilisent peu ces références. Il semble également que les appelants sont plus enclins à utiliser des ressources qu'ils connaissent et qu'ils ont déjà utilisées par le passé, et des ressources dont ils ont une opinion favorable, ou du moins, dont ils n'ont pas une opinion négative. Ces résultats illustrent donc l'importance d'impliquer les appelants dans l'identification des ressources pertinentes à leurs besoins, d'implanter des mécanismes facilitant l'utilisation des services référés, et de s'attaquer aux perceptions négatives des appelants par rapport aux ressources en santé mentale de manière générale.

#### 1.6.4 Limites méthodologiques des recherches sur les impacts des lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide

Évaluer les impacts d'une ligne d'intervention téléphonique en prévention du suicide comporte plusieurs défis méthodologiques. Étant donné la gravité de la problématique du suicide, les méthodes de recherche employées dans les évaluations ne doivent pas interférer avec les interventions, ni impacter leur qualité. Ainsi, pour des raisons éthiques évidentes, l'emploi de devis expérimentaux n'est ni possible, ni souhaitable. L'emploi de devis quasi expérimentaux avec liste d'attente constitue donc une stratégie ingénieuse pour surmonter l'impossibilité d'implanter des devis expérimentaux dans les études en suicidologie (Mishara et Weisstub, 2005). Or, une seule étude recensée a employé un tel devis (Gould *et al.*, 2013).

Lors d'une recension systématique sur l'efficacité des lignes de crise et spécialisées en prévention du suicide, Hoffberg, Stearns-Yoder et Brenner (2020) ont évalué la qualité méthodologique des articles recensés à l'aide des niveaux de preuves du Oxford Centre of Evidence-Based Medicine ([OCEBM], 2011) et du Effective Public Health Practice Project quality (Ciliska *et al.*, 2022). La majorité des études ont été cotées comme étant méthodologiquement faibles et la plupart présentaient un nombre préoccupant de biais. Les biais les plus prévalents étaient l'utilisation de devis observationnels, le biais de sélection et la présence de variables confondantes. Les auteurs de cette recension ont également soulevé le fait que l'hétérogénéité des méthodes, outils et concepts mesurés rend la synthèse et l'intégration des résultats très difficile à effectuer. Ainsi, malgré le nombre considérable de recherches publiées sur le sujet, il est difficile de statuer sur l'impact des lignes d'intervention téléphonique sur le risque suicidaire des appelants.

Dans un même ordre d'idées, très peu d'études ont évalué les impacts des interventions dans les jours, semaines ou mois suivants le contact. La perte de sujets entre les temps de mesure dans ces études

représente un risque de biais important, puisque ces sujets sont souvent les appelants présentant un risque suicidaire élevé. De même, les appelants présentant un risque imminent de passage à l'acte répondent rarement, pour des raisons évidentes, aux mesures autorapportées dans les questionnaires post-intervention. Pour toutes ces raisons, il est difficile de savoir si les impacts observés dans les études utilisant des mesures autorapportées ne concernent que les appelants qui présentent un risque suicidaire faible ou modéré.

Il convient toutefois de mentionner à nouveau que ces biais sont fréquents dans les recherches en suicidologie, et que les faiblesses méthodologiques des études sont souvent la résultante des considérations éthiques à prendre en compte dans la recherche auprès des personnes suicidaires (Mishara et Weisstub, 2005).

### 1.7 Caractéristiques de l'intervention par clavardage et texto

À ce jour, peu d'études scientifiques portant spécifiquement sur l'intervention par clavardage et texto en contexte de prévention du suicide ont été publiées. Les données disponibles sur les impacts et bonnes pratiques des interventions de crise utilisant un support numérique portent principalement sur le clavardage et proviennent généralement d'études scientifiques effectuées dans des lignes jeunesse.

Quelques organisations en prévention du suicide ont néanmoins publié des rapports d'activité ou chapitres de livre qui abordent les caractéristiques et défis de l'intervention de crise par clavardage (p. ex. : Drexler, 2013; Murphy, 2013). Plusieurs des caractéristiques et défis identifiés par ces organisations ont également été relevés dans des études empiriques effectuées auprès de lignes d'intervention non spécifiques à la prévention du suicide qui offrent des services numériques (p. ex. : lignes jeunesse ou lignes de crise).

Un survol de ces caractéristiques et défis d'intervention sera effectué dans les prochaines sections. Seront ensuite présentées les études empiriques sur les interventions par clavardage et texto effectuées dans des lignes d'intervention généralistes. Seront ensuite présentées les études empiriques sur les interventions par clavardage et texto en contexte de prévention du suicide.

### 1.7.1 Profil des utilisateurs des services d'intervention par clavardage ou texto

Les données disponibles sur les utilisateurs des lignes d'intervention par clavardage et texto indiquent que ces services sont majoritairement utilisés par des adolescentes et des jeunes femmes (Callahan et Inckle, 2012; Drexler, 2013; Murphy, 2013; Thoër *et al.*, 2015). Selon les études, elles représentent de 65% à 90% des appelants à ces lignes (Callahan et Inckle, 2012; Drexler, 2013; Gould *et al.*, 2021; Mokkenstorm *et al.*, 2017; Murphy, 2013; Thoër *et al.*, 2015). Elles présentent généralement un profil d'adaptation psychosociale plus complexe et des problématiques plus lourdes que les utilisateurs de service d'intervention téléphonique (Fukkink et Hermanns, 2009; Sefi et Hanley, 2012; Thoër *et al.*, 2015). À titre d'exemple, les troubles alimentaires, l'automutilation et les agressions sexuelles seraient plus souvent abordés durant les séances de clavardage qu'au téléphone (Kramer *et al.*, 2009; Sefi et Hanley, 2012).

Bien qu'il existe peu de données publiées sur le sujet, plusieurs acteurs œuvrant au sein de services d'intervention par clavardage rapportent que beaucoup d'utilisateurs reçoivent des traitements en santé mentale (Jeunesse j'écoute, 2013; Mokkenstorm *et al.*, 2017; S.O.S. Amitié France, 2009). Par exemple, une étude néerlandaise indique que près de 40% des utilisateurs du service d'intervention par clavardage de l'organisation 113 Online bénéficiaient d'une forme ou l'autre de suivi en santé mentale. De même, 41% des utilisateurs du service d'intervention par clavardage de Jeunesse, J'écoute bénéficiait d'un suivi en santé mentale (Jeunesse j'écoute, 2013). Il semblerait également que les utilisateurs des services d'intervention par clavardage n'utilisent pas les services d'interventions téléphoniques traditionnels (Fukkink et Hermanns, 2009; Jeunesse j'écoute, 2013; Télé-Accueil Bruxelles, 2011), suggérant ainsi que l'ajout de ce type de service puisse rejoindre une population, majoritairement de jeunes femmes, qui ne recevraient pas d'aide des lignes d'intervention téléphonique autrement.

L'anonymat que procure la communication écrite serait un important motif d'utilisation des services d'intervention par clavardage et texto : le fait de ne pas voir ou entendre la réaction des intervenants à leurs messages procurerait un sentiment de sécurité aux appelants (Navarro *et al.*, 2019). L'anonymat et le sentiment de sécurité que procure l'intervention par clavardage et texto favoriseraient la recherche d'aide des individus qui ressentent de la honte par rapport à leurs problématiques (Hanley, 2012; Kramer *et al.*, 2009; Mokkenstorm *et al.*, 2013; Navarro *et al.*, 2019), ceux qui redoutent les stigmas associés aux problèmes de santé mentale (Hanley, 2012; Kramer *et al.*, 2009; Mokkenstorm *et al.*, 2013; Navarro *et al.*, 2019), ceux qui ont vécu de mauvaises expériences avec des professionnels de la santé mentale

(Mokkenstorm *et al.*, 2013; Télé-Accueil Bruxelles, 2011), ceux qui ont de la difficulté à communiquer leur détresse par la parole ou en face à face (Bambling *et al.*, 2008; Navarro *et al.*, 2019; Télé-Accueil Bruxelles, 2011) et ceux qui ont rarement l'opportunité d'être seul et de pouvoir parler au téléphone en toute confidentialité (Jeunesse j'écoute, 2013; Sefi et Hanley, 2012).

Enfin, les utilisateurs des services d'intervention par clavardage et texto affichent souvent une grande détresse lors des contacts (Drexler, 2013; King *et al.*, 2006; Sefi et Hanley, 2012). Les situations où l'appelant présente un risque suicidaire élevé seraient plus fréquentes dans les interventions par clavardage en comparaison des interventions téléphoniques (Bale, 2001; Drexler, 2013; Murphy, 2013).

### 1.7.2 Absence d'informations paraverbales

L'absence d'informations paraverbales est une importante caractéristique des interventions par clavardage ou texto. Dans les communications écrites, les intervenants n'ont pas accès au rythme, au volume, au ton et aux inflexions de la voix de leur interlocuteur (King *et al.*, 2006; Caplan et Turner, 2007; Drexler, 2013; Walther, 1996). Il leur est donc plus difficile de comprendre l'état d'esprit des appelants et d'identifier leurs émotions (Bambling *et al.*, 2008; Thoër *et al.*, 2015). Ils craignent donc parfois de ne pas être en mesure de repérer ceux qui sont en grande détresse ou qui présentent un risque suicidaire (Bambling *et al.*, 2008).

L'absence d'informations paraverbales aurait également un impact sur l'interprétation des messages échangés. Il serait d'ailleurs plus difficile de communiquer l'empathie par des techniques d'écoute active (Bambling *et al.*, 2008). Par exemple, l'absence du ton de la voix compliquerait le reflet des émotions (p. ex. : *Il me semble que vous vous sentez triste*). Certaines techniques d'intervention n'auraient donc pas le même impact dans les communications par clavardage et texto.

### 1.7.3 Dévoilement des appelants lors des interventions par clavardage et texto

Le sentiment d'anonymat que procure l'intervention par clavardage et texto amènerait les appelants à se dévoiler plus facilement au clavardage qu'au téléphone (Bambling *et al.*, 2008; Drexler, 2013; Murphy, 2013; Télé-Accueil Bruxelles, 2011). Ils auraient tendance à dévoiler leurs idéations suicidaires plus rapidement.

Selon certaines théories des communications médiées par ordinateur (Caplan et Turner, 2007; Suler, 2004; Walther, 1996), ce dévoilement serait en partie causé par un phénomène d'idéalisation de l'interlocuteur : l'absence d'indices paraverbaux amènerait les utilisateurs de ces services à se construire une image positive, idéalisée, des intervenants, et à se confier plus facilement à eux.

Cette propension des utilisateurs à se dévoiler grandement et rapidement dans les interventions par clavardage et texto amènerait certains défis d'intervention (Drexler, 2013; Murphy, 2013). Les utilisateurs abordent souvent plusieurs sujets à la fois, et peuvent passer rapidement d'un sujet à un autre (Drexler, 2013; Thoër *et al.*, 2015). De plus, ils ne répondent pas toujours aux questions de l'intervenant parce qu'ils sont occupés à taper (communiquer) davantage de détails sur leur situation. Les intervenants ont donc parfois de la difficulté à structurer leurs interventions, à obtenir les informations qu'ils recherchent et à identifier des objectifs d'intervention.

#### 1.7.4 Durée des interventions par clavardage et texto

Les interventions par clavardage et texto sont généralement deux fois à trois plus longues que les interventions téléphoniques (Drexler, 2013; Mokkenstorm *et al.*, 2017; Murphy, 2013). La durée moyenne des interventions est souvent supérieure à 60 minutes. Elles peuvent durer plus de 120 minutes lorsque l'utilisateur présente un risque suicidaire élevé (Drexler, 2013; Mokkenstorm *et al.*, 2017).

Plusieurs facteurs expliquent la longue durée des interventions. Tout d'abord, le clavardage et le texto sont des moyens de communication beaucoup plus lents que le téléphone. Taper un message sur un clavier prend beaucoup plus de temps que de le communiquer par la parole.

Les pauses entre les communications sont également beaucoup plus longues au clavardage et au texto en comparaison du téléphone. Ces pauses sont parfois une grande source d'inquiétudes pour les intervenants, car ils ne peuvent savoir ce qui cause les longs délais de réponses. Par exemple, un long délai de réponse pourrait s'expliquer par le fait que l'appelant est en tentative de suicide, parce qu'il tape lentement, parce qu'il est distrait ou fatigué, parce qu'il pleure, ou encore parce qu'il fait du multitâche (p. ex. : il communique avec quelqu'un d'autre par messagerie, il navigue sur Internet, il est en déplacement, etc.). La peur que l'appelant soit en tentative de suicide constitue donc une importante source de stress pour les intervenants lorsque les pauses sont longues (Drexler, 2013). Le délai entre les

messages semble également avoir un impact sur l'engagement émotionnel des intervenants dans les interventions (Bambling *et al.*, 2008).

Enfin, le grand dévoilement des appelants, conjugué à la complexité clinique de plusieurs interventions, fait en sorte que la réalisation des différentes étapes de l'intervention (exploration de la situation, évaluation du risque suicidaire, exploration des solutions, etc.) prend plus de temps au clavardage et texto qu'au téléphone.

#### 1.7.5 Déroulement des interventions par clavardage et texto

Selon plusieurs témoignages de responsables d'organisations offrant des services d'intervention par clavardage, le déroulement des interventions serait en grande partie similaire à celui des interventions téléphoniques : les interventions débutent généralement par l'exploration de la situation et se poursuivent par l'exploration des ressources de l'utilisateur et des possibles solutions à ses problèmes (Drexler, 2013; Tanaka *et al.*, 2011). Par contre, la lenteur de ce mode de communication ne permettrait pas aux intervenants d'appliquer les modèles d'interventions conventionnels dans leur intégrité (Bambling *et al.*, 2008; Chardon *et al.*, 2011; Drexler, 2013; Thoër *et al.*, 2015).

L'exploration de la situation prend beaucoup de temps à compléter au clavardage (Bambling *et al.*, 2008; Drexler, 2013; Thoër *et al.*, 2015). La longue durée de l'exploration de la situation est parfois due au fait que les intervenants ont de la difficulté à encadrer la conversation et à diriger le déroulement de l'intervention. Il est également fréquent que les appelants ne répondent pas aux questions des intervenants. Les intervenants doivent donc souvent répéter les questions auxquelles ils n'ont pas obtenu de réponses.

Pour les mêmes raisons, il semble que l'évaluation du risque suicidaire soit plus difficile à compléter au clavardage ou texto, et ce, malgré le fait que les utilisateurs présentent fréquemment un risque suicidaire élevé (Drexler, 2013). De plus, il semble que certains appelants se sentent brusqués ou offensés lorsque les questions relatives au suicide sont abordées trop tôt dans la conversation, ou lorsque ces questions sont posées en rafale (Drexler, 2013; Timm, 2011). Les intervenants ont donc tendance à prendre beaucoup de temps pour établir un lien de confiance avant d'aborder l'évaluation du risque suicidaire, et à effectuer l'évaluation du risque suicidaire tout au long de l'intervention plutôt qu'à un moment précis dans l'intervention (Drexler, 2013).

Les intervenants ont également souvent de la difficulté à faire progresser l'intervention vers l'élaboration d'un plan d'action (Bambling *et al.*, 2008; Chardon *et al.*, 2011; Drexler, 2013; Thoër *et al.*, 2015). Les appelants quittent parfois l'intervention avant que le plan d'action ne soit abordé, car ils se sentent mieux (Drexler, 2013). Les intervenants rapportent également souvent que les appelants ont peu de motivations à identifier des pistes de solution à leurs problèmes (Drexler, 2013; Thoër *et al.*, 2015). Plusieurs sont réticents ou ont de la difficulté à entreprendre une discussion sur leurs stratégies d'adaptation, sur la mise en place de mesures de sécurité, et sur la possibilité d'aller chercher de l'aide auprès de ressources dans leur communauté (Bambling *et al.*, 2008; Chardon *et al.*, 2011; Drexler, 2013; Thoër *et al.*, 2015; Williams *et al.*, 2009). Ils sont donc souvent peu collaboratifs ou interrompent l'intervention lorsque l'intervenant initie l'élaboration d'un plan d'action ou aborde la mise en place de mesures de sécurité. En conséquence, les interventions en ligne aboutissent rarement à l'élaboration d'un plan d'action ou à la mise en place de mesure de sécurité. De plus, les interventions (surtout au texto) sont souvent interrompues, car les appelants sont en déplacement lors des interventions (Drexler, 2013; Thoër *et al.*, 2015). Pour toutes ces raisons, certains intervenants sont parfois inconfortables avec le fait d'intervenir auprès de jeunes présentant des situations cliniques complexes (Thoër *et al.*, 2015). Ils ont parfois également des difficultés à composer avec les balises concernant le cadre et les objectifs des interventions (Bambling *et al.*, 2008; Thoër *et al.*, 2015).

Enfin, les situations où l'appelant présente un risque de passage à l'acte imminent sont difficiles à gérer pour les intervenants. Il est très difficile de trouver des informations sur l'identité des appelants et sur leur localisation si ces derniers ne veulent pas divulguer ces informations (Drexler, 2013; Thoër *et al.*, 2015). De plus, la coopération avec les services d'urgence sur le repérage des appelants via leur adresse IP ou sur téléphone mobile est parfois compliquée (Drexler, 2013; Thoër *et al.*, 2015) En conséquence, les mesures d'urgence doivent généralement être mises en place avec la collaboration de l'appelant, ce qui peut augmenter le sentiment d'inquiétudes des intervenants.

#### 1.7.6 Sentiment de contrôle et rapports de pouvoir

Plusieurs études indiquent que les utilisateurs des services d'intervention par clavardage ou texto ont besoin d'exercer du contrôle sur le déroulement des interventions et sur le contenu des échanges (Callahan et Inckle, 2012; Gatti *et al.*, 2016; Hanley, 2012; Navarro *et al.*, 2019; Télé-Accueil Bruxelles, 2011). Le besoin de contrôle des utilisateurs serait omniprésent dans les conversations, et il se manifesterait à travers la divulgation d'informations, le choix des sujets discutés, sur la fréquence et la

durée des contacts, et sur le choix du moment de clôture de la conversation (Gatti *et al.*, 2016). Cet aspect du contrôle des interventions serait d'ailleurs l'un des principaux motifs d'utilisation des services d'intervention par clavardage et texto (Hanley, 2012; Navarro *et al.*, 2019). Le sentiment de contrôle des appelants sur le déroulement des interventions leur procurerait un sentiment de sécurité (Navarro *et al.*, 2019).

Dans un même ordre d'idées, le sentiment d'anonymat que procurent les interventions par clavardage et texto, leurs caractéristiques interactives (p. ex. : l'écart de temps entre les questions et les réponses, la possibilité de réfléchir à la question avant d'émettre une réponse) et l'absence d'informations paraverbales auraient pour conséquences une égalisation de la relation de pouvoir entre l'intervenant et l'appelant (Suler, 2004). L'autorité, réelle ou présumée, de l'intervenant s'en trouverait ainsi réduite. Cette égalisation du rapport de pouvoir constituerait également un motif d'utilisation du clavardage chez les jeunes en détresse (Callahan et Inckle, 2012; Hanley, 2012).

Les intervenants rapportent souvent avoir de la difficulté à diriger les interventions par clavardage et texto et à obtenir les informations qu'ils jugent importantes (Drexler, 2013; Hanley, 2012; Télé-Accueil Bruxelles, 2011; Thoër *et al.*, 2015). Il serait également plus facile pour les appelants d'ignorer les questions de l'intervenant, d'afficher leur mécontentement et d'interrompre subitement la conversation (Drexler, 2013; Hanley, 2012; Télé-Accueil Bruxelles, 2011). Les défis d'intervention auxquels sont confrontés les intervenants, conjugués au besoin de contrôle des appelants sur le déroulement des interventions, peuvent parfois engendrer des situations conflictuelles et provoquer des ruptures d'alliance (Hanley, 2012; Jager et Stommel, 2017; Timm, 2011). À titre d'exemple, Hanley (2012) explora l'expérience de 15 jeunes ayant utilisé le service d'intervention par clavardage Kooth.com. Le contrôle du déroulement de la session de clavardage, le type d'intervention prodigué par l'intervenant, le contrôle de la durée de la séance et de la régularité des contacts, ainsi que la volonté de l'intervenant de les référer à des ressources externes, étaient les aspects du service et des interventions qui pouvaient créer des frictions avec les jeunes. L'inadéquation entre les besoins et les attentes initiales des jeunes et les services qui leur étaient offerts était également un facteur important dans l'émergence de situations d'intervention conflictuelles.

## 1.8 Comparaison de l'efficacité des interventions téléphoniques et par clavardage dans les lignes d'intervention non spécialisées à la prévention du suicide

Deux études ont comparé les impacts de services d'intervention téléphonique et par clavardage offerts par des lignes jeunesse à l'aide de devis pré-post quasi-expérimentaux.

La première de ces études est celle de King et ses collaborateurs (2006). Ces chercheurs comparèrent les impacts des interventions téléphoniques et des interventions par clavardage de l'organisme australien Kids Help Line. Ils mesurèrent les impacts des interventions sur la variation de la détresse de 186 jeunes (86 séances de clavardage et 100 interventions téléphoniques). Ils administrèrent le General Health Questionnaire-12 (GHQ-12) (Goldberg *et al.*, 1996) avant et après les interventions afin de mesurer l'impact des interventions sur la détresse et le Session Impact Scale (SIS) (Elliott et Wexler, 1994) après la séance afin de mesurer l'efficacité des interventions sur différentes mesures d'impact (p. ex. : compréhension de sa situation, résolution de problème). Ils mesurèrent également la qualité des relations thérapeutiques qui s'étaient développées lors des interventions en administrant le Therapeutic Alliance Scale (TAS) (Bickman *et al.*, 2004) à la fin des interventions. Cette mesure de l'alliance devait servir à explorer l'effet médiateur de la qualité de la relation thérapeutique sur l'efficacité des interventions. Leurs résultats indiquèrent que les utilisateurs du clavardage présentaient une plus grande détresse que ceux du téléphone avant l'intervention. Ils indiquèrent également des effets positifs pour l'ensemble des modalités d'intervention, mais une plus grande amélioration de l'état psychologique des utilisateurs du téléphone par rapport aux utilisateurs du clavardage. Aucune dimension de l'alliance ne s'est révélée efficace à prédire l'efficacité des deux modalités d'interventions lors d'analyses de régressions multiples.

La seconde étude est celle de Fukkink et Hermanns (2009). Ils comparèrent les impacts des interventions téléphoniques et des interventions par clavardage de l'organisme néerlandais Kindertelefoon. Ils mesurèrent les impacts des interventions sur la détresse de 902 appelants (339 séances de clavardage et 563 interventions téléphoniques). Les chercheurs utilisèrent une version modifiée à 5 items de l'échelle de Cantril (Cantril, 1965). Ils administrèrent une question sur le bien-être et une autre sur le fardeau perçu du problème (perceived burden of the problem) avant et après les interventions, ainsi que 30 jours après l'intervention. Les chercheurs administrèrent également le Youth Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) (Van Widenfelt *et al.*, 2003) aux 213 jeunes ayant participé au suivi afin de dresser le profil de fonctionnement psychosocial des appelants. Leurs résultats indiquèrent une différence

significative entre les deux formes d'intervention pour les dimensions bien-être et fardeau perçu du problème, indiquant une légère supériorité de l'efficacité du service de clavardage. Les effets positifs se maintenaient au suivi, mais aucune différence significative entre les interventions par clavardage et les interventions téléphoniques n'apparaissait au suivi.

Il semble, à la lumière des résultats de ces recherches, que le clavardage soit efficace à réduire la détresse des appelants. Les résultats de ces études en ce qui concerne les différences entre l'intervention par clavardage et l'intervention téléphonique sont divergents. L'étude de King et ses collègues (2006) indique que les jeunes qui ont bénéficié d'interventions téléphoniques présentaient une plus grande amélioration de leur état que les jeunes qui ont utilisé le clavardage. L'étude de Fukking et Hermanns (2009) indique, au contraire, que ce sont les jeunes qui ont bénéficié d'une intervention par clavardage qui ont présenté une plus grande amélioration de leur état que les jeunes qui ont utilisé le téléphone.

#### 1.8.1 État des connaissances sur les bonnes pratiques d'intervention par clavardage et texto dans les lignes non spécialisées à la prévention du suicide

Plusieurs études ont exploré les caractéristiques des interventions par clavardage ou texto qui favorisent le succès des interventions dans des lignes non spécialisées à la prévention du suicide. Plusieurs stratégies de recherche, tant qualitatives que quantitatives, ont été employées dans ces recherches. Ces études ont identifié des pratiques d'intervention prometteuses qui doivent faire l'objet de validation par davantage de recherches.

Il semble que l'adoption d'un style de communication informel serait bénéfique pour le développement d'un rapport thérapeutique avec les appelants (Bambling *et al.*, 2008; Gatti *et al.*, 2016; Tanaka *et al.*, 2011). Dans l'étude qualitative de Bambling et ses collègues (2008), les intervenants interviewés ont rapporté que l'emploi d'un langage informel propre aux communications par clavardage et par texto (p. ex. : abréviations, ponctuations pour communiquer les émotions, émoticons) favorisait la communication de l'empathie. Gatti et ses collègues (2016) ont fait une analyse de contenu qualitative de 21 interventions par clavardage effectuées auprès de jeunes adultes âgés de 18 et 28 ans. Ils concluent que l'emploi d'un langage informel et le dévoilement occasionnel d'informations personnelles par les intervenants semblaient avoir pour effet de renforcer le lien de confiance avec les appelants. Les résultats de ces deux études sont corroborés par les résultats d'une l'évaluation de l'organisme Youth-In-BC (Tanaka *et al.*, 2011) dans laquelle 500 jeunes ayant utilisé leur service

d'intervention par clavardage ont été sondés en ligne. Les jeunes affirmaient que les intervenants devraient utiliser un langage moins formel.

Il semble également que la vitesse de la communication ait un impact sur l'efficacité des interventions par clavardage et texto. Dans l'étude de Bambling et ses collègues (2008), les intervenants interviewés ont indiqué que la vitesse de la communication était importante pour maintenir l'alliance thérapeutique. Lors de l'évaluation de l'organisme Youth-In-BC (Tanaka *et al.*, 2011), les jeunes affirmaient que les intervenants devraient interagir davantage avec eux et qu'ils devraient communiquer de façon plus spontanée. L'importance de la vitesse de communication semble également corroborée par l'étude quantitative de Sindahl et van Dolen (2020) dans laquelle ils ont évalué les impacts des caractéristiques formelles (p. ex. : nombre de messages, nombre de mots par message, vitesse de réponses des intervenants) de 603 interventions par texto effectuées à la ligne jeunesse danoise BorneTelefonen. Leurs résultats indiquent que la vitesse de réponse des intervenants aux messages des jeunes était positivement corrélée à la satisfaction des appelants et à la réduction de leur détresse.

En ce qui a trait au déploiement des interventions, une étude qualitative effectuée auprès de 26 intervenants de l'organisme Kid Helpline (Bambling *et al.*, 2008) indique que, étant donné l'absence d'informations paraverbales, il est important que les intervenants procèdent à une exploration exhaustive de la situation et des émotions de l'appelant. Cette exploration serait importante, car elle permettrait aux intervenants de bien comprendre le propos et l'état d'esprit des utilisateurs, et ainsi d'éviter les malentendus. Les intervenants dans cette étude affirmèrent également qu'il était important que les intervenants valident leur compréhension de la situation des utilisateurs auprès d'eux (p. ex. : Si je comprends bien, tu me dis que...). Dans un même ordre d'idée, lors de l'évaluation du service d'intervention par clavardage de Youth-In-BC (Tanaka *et al.*, 2011) dans laquelle 500 jeunes ont été invités à donner des conseils aux intervenants pour les aider à mieux intervenir, les jeunes affirmaient que les intervenants ne devraient pas entreprendre la résolution de problèmes tôt dans la conversation, et qu'ils devraient les questionner davantage sur leur situation.

Quatre études ont employé l'analyse de contenu quantitative afin d'identifier les meilleures pratiques d'intervention. Dans ces études, les chercheurs ont mis en relations les fréquences d'emploi de diverses techniques d'intervention et différentes variables d'impact afin d'identifier celles qui étaient associées à des effets positifs.

Williams et ses collègues (2009) ont exploré les effets de différentes techniques d'intervention en évaluant l'amplitude de la réaction immédiate qu'elles provoquaient chez 85 jeunes utilisateurs d'un service d'intervention par clavardage. Leurs résultats indiquent que les questions factuelles, les reformulations et le recadrage étaient les techniques d'intervention qui entraînaient le plus de réactions constructives et qui favorisaient la progression des interventions. Les commentaires empathiques, les encouragements et les questions sur les émotions apparaissaient moins fréquemment et semblaient provoquer moins de réactions constructives chez les utilisateurs. La proposition d'un suivi ou de références entraînait très peu de réactions constructives.

Fukkink (2011) a analysé le contenu de 78 interventions par clavardage dispensées par de jeunes pairs aidants dans le cadre d'un service d'interventions par clavardage. Les résultats de cette étude indiquent que la variété des types de soutien social offert (p. ex. : donner des informations, offrir du soutien émotionnel, donner des conseils pratiques, orienter vers des ressources) était un meilleur prédicteur de la qualité des interventions que la quantité totale de techniques effectuées. La durée des interventions était également positivement corrélée à la qualité des interventions.

Van Dolen et Weinsberg (2019) ont fait une analyse de contenu quantitative de 662 interventions par clavardage effectuées à la ligne jeunesse hollandaise Kindertelefoon. Ils ont dénombré les interventions selon le type de soutien social offert par les intervenants (soutien émotionnel c. soutien à la résolution de problème). Ils ont également catégorisé les problématiques des appelants selon leur niveau de contrôlabilité (p. ex. : conflit avec un pair c. divorce des parents). Les résultats de cette étude indiquent que le soutien à la résolution de problèmes n'avait aucun effet sur le bien-être et la perception de la qualité du service des jeunes, et ce nonobstant le niveau de contrôlabilité de leurs problèmes. Le soutien émotionnel n'avait également pas d'impact sur le bien-être des jeunes. Le soutien émotionnel avait néanmoins un impact positif sur la perception de la qualité du service, mais seulement pour les jeunes qui avaient peu de contrôle sur leur problème.

Sindahl, Fukking et Helles (2020) ont analysé le contenu de 448 interventions par texto de la ligne jeunesse danoise BorneTelefonen. Ils ont classifié les interventions selon le nombre de techniques centrées sur le jeune (p. ex. : complimenter le jeune, normaliser ses émotions, etc.) et de techniques centrées sur la résolution de problèmes (p. ex. : question sur le problème, conseil, offrir des références, etc.) qu'elles contenaient. Leurs résultats indiquent que les interventions qui contenaient une grande

quantité de techniques centrées sur le jeune, et qui contenaient une quantité moyenne de techniques de résolution de problèmes, étaient celles qui présentaient de meilleurs impacts.

Plusieurs études mettent également en lumière des pratiques d'intervention qui semblent répondre au besoin de contrôle des utilisateurs des services d'intervention par clavardage et texto.

L'organisme Youth-In-BC (Tanaka *et al.*, 2011) a analysé le contenu de 500 commentaires de jeunes sur la qualité des interventions. Les jeunes ont indiqué qu'ils n'appréciaient pas le fait que certains intervenants insistent pour qu'ils identifient par eux-mêmes des pistes de solutions ou qu'ils refusent de leur prodiguer des conseils. Selon les jeunes, les intervenants devraient partager leur opinion et donner des conseils spécifiques lorsque demandé. Ils n'appréciaient également pas que certains intervenants insistent pour faire de la résolution de problèmes dans les situations où ils désiraient seulement discuter de leur situation afin de ventiler.

Dans leur analyse de contenu qualitative de 21 interventions par clavardage, Gatti et ses collègues (2016) observèrent que l'attitude inquisitoire (p. ex. : insistance pour obtenir des informations, poser des questions en rafale, etc.) de certains intervenants semblait parfois nuire à l'établissement d'un bon rapport thérapeutique avec les utilisateurs. Ils recommandent ainsi aux intervenants de tolérer le manque d'informations et de résister à l'envie d'insister pour obtenir des informations lorsque les utilisateurs sont réticents à divulguer certaines informations. Dans un même ordre d'idées, les intervenants interviewés dans l'étude de Bambling et ses collègues (2008) indiquent que les intervenants doivent éviter de poser une succession rapide de questions ou de poser plusieurs questions dans un même message.

Enfin, Jager et Stommel (2017) ont exploré la façon dont les intervenants dans les services de clavardage utilisent la métacommunication (parler du déroulement de la communication) pour composer avec les situations où l'alliance thérapeutique est menacée. Pour ce faire, ils ont analysé le contenu de 197 interventions par clavardage effectuées par un service néerlandais d'information sur l'alcool et les drogues, et de 348 interventions par clavardage effectuées dans une ligne d'intervention généraliste néerlandaise. Les intervenants utilisaient principalement 3 stratégies. La première stratégie était l'Autocritique, soit le fait de s'excuser de ne pas avoir été en mesure d'aider l'utilisateur par ses conseils ou en raison des limites du contexte organisationnel (p. ex. : la mission de l'organisation, les services qui sont offerts ou non par l'organisation). Cette stratégie semblait être bien reçue par les utilisateurs et

débouchait généralement sur une terminaison non conflictuelle de l'intervention. La deuxième stratégie était l'Accusation, soit le fait de questionner la réceptivité de l'utilisateur aux conseils de l'intervenant. Cette stratégie suscitait beaucoup de réactions négatives de la part des utilisateurs. La troisième stratégie était l'Explication, soit le fait d'expliquer la mission et les responsabilités de l'organisation afin de recadrer les attentes de l'utilisateur face au service. Cette stratégie avait parfois comme effet positif de recadrer l'intervention. Les auteurs conclurent néanmoins que les intervenants devraient s'abstenir de faire de la métacommunication lors des interventions, car les risques de rupture du lien de confiance semblaient plus grands que les bénéfices de cette pratique.

En somme, ces études ont identifié des pratiques d'intervention prometteuses dont les effets devraient faire l'objet d'investigations futures : procéder à une exploration exhaustive de la situation et des émotions de l'appelant, valider la compréhension de la situation auprès de l'appelant, adopter un style de communication informel et employer un langage texto (abréviations, ponctuations, émoticons), maintenir une bonne vitesse de communication, dévoiler à l'occasion des informations personnelles, employer des questions factuelles, des reformulations et faire du recadrage, donner des conseils et faire des suggestions lorsque l'utilisateur le demande. Les études ont également identifié des pratiques qui sont potentiellement à éviter, soit poser une succession rapide de questions, poser plusieurs questions dans un même message, ne pas insister pour obtenir des informations lorsque l'appelant est réfractaire à les divulguer, ne pas entreprendre la résolution de problèmes trop tôt dans la conversation, et éviter de confronter les appelants à propos de leur manque de coopération ou de réceptivité aux interventions. En ce qui a trait aux études ayant comparé différentes approches d'intervention, les résultats ne sont pas concordants. Dans l'étude de van Dolen et Weinsberg (2019), le soutien à la résolution de problèmes n'avait aucun effet sur le bien-être et la perception de la qualité du service des jeunes, et ce nonobstant le niveau de contrôlabilité de leurs problèmes. Le soutien émotionnel avait un impact positif sur la perception de la qualité du service, mais seulement pour les jeunes qui avaient peu de contrôle sur leur situation. Dans l'étude de Sindahl, Fukking et Helles (2020), les interventions qui contenaient une grande quantité de techniques centrées sur le jeune (p. ex. : complimenter le jeune, normaliser ses émotions, etc.), et qui contenaient une quantité modérée de techniques de résolution de problèmes, étaient celles qui présentaient de meilleurs impacts immédiatement après l'intervention et 2 semaines après le contact. L'hétérogénéité des construits observés et des instruments employés ne permet cependant pas une comparaison directe des résultats de ces différentes études. Davantage d'études observant les

mêmes construits et employant les mêmes instruments sont nécessaires pour identifier les approches d'interventions à promouvoir.

### 1.9 Présentation des études empiriques sur les interventions par clavardage et texto en contexte de prévention du suicide

Peu de recherches contenant des données empiriques spécifiques aux services d'intervention par clavardage ou texto en prévention du suicide ont été publiées à ce jour. Étant donné leur hétérogénéité et la pertinence de chacune d'entre elles, les études recensées seront ici présentées en détail selon leurs dates de publication.

Barak et Bloch (2006) ont exploré les impacts des caractéristiques d'interventions par clavardage effectuées dans un service d'intervention israélien destiné aux personnes suicidaires. Ils ont comparé 40 séances où les utilisateurs ont remercié les intervenants à la fin des échanges à 40 séances où les utilisateurs n'ont pas remercié les intervenants. Ils ont analysé le contenu des échanges à l'aide du Session Evaluation Questionnaire de Stiles (SEQ) (Stiles *et al.*, 1994). Le SEQ est un questionnaire développé pour évaluer les psychothérapies. Il contient 22 dimensions graduées sur 7 points, dont les extrêmes représentent des qualités sémantiquement opposées. Ces dimensions sont regroupées sous quatre facteurs. Les deux premiers facteurs servent à décrire les qualités de la séance (Profondeur, Fluidité) et les deux autres facteurs servent à décrire l'état émotionnel des clients à la suite des séances (Positivité, Charge émotionnelle). Ils ont également demandé aux intervenants de noter l'efficacité de leurs interventions sur une échelle en 9 points. Les résultats de cette étude indiquent que les scores au SEQ permettaient de différencier les 2 groupes de séances et qu'ils étaient positivement corrélés avec les perceptions des intervenants quant à l'efficacité des interventions. Ils ont également observé que le nombre de mots échangés était positivement corrélé à la perception de l'efficacité des interventions. Les auteurs concluent que, tout comme pour les interventions en face à face, les qualités cliniques des interventions par clavardage permettent d'induire des impacts positifs chez les appelants.

Dans une étude qualitative s'intéressant aux processus sous-tendant l'établissement du rapport thérapeutique lors de séances de clavardage avec de jeunes suicidaires, Timm (2011) analysa le contenu de 9 séances de clavardages et identifia différentes situations où la relation de confiance était menacée : le questionnement des compétences de l'intervenant, le refus de procéder à l'évaluation du risque suicidaire et le refus de terminer la séance. Mimer le style de communication des jeunes (p. ex. : en utilisant un langage informel, en reprenant une métaphore utilisée par le jeune), intercaler les questions

déliçates entre deux reflets empathiques et expliciter le rationnel sous-tendant une question délicate avant de la poser semblaient être les techniques qui favorisaient le développement du rapport thérapeutique avec les jeunes suicidaires. À l'opposé, poser une succession rapide de questions lors de l'évaluation du risque suicidaire semblait amener les jeunes à se replier sur eux-mêmes.

Mokkenstorm et ses collègues (2017) ont évalué le service de clavardage de la ligne d'intervention en prévention du suicide néerlandaise 113Online (désormais appelée « 113 Suicide Prevention »). Pour ce faire, ils ont effectué une analyse de contenu quantitative de 526 verbatims d'interventions par clavardage à l'aide de la grille d'observation développée par Mishara et ses collègues (2007a). Ils ont ensuite comparé les affects des appelants (p. ex. : ambivalence face au suicide, espoir, tristesse, confiance en soi, etc.) dans les dix premières minutes et les dix dernières minutes de l'intervention. La durée moyenne des interventions était de 54 minutes. 72,6% des appelants étaient des femmes, 22,2 % étaient âgés de moins de 18 ans, et 53,6% avaient entre 18 et 34 ans. Plus l'âge des appelants était élevé, plus le ratio homme/femme avait tendance à s'égaliser (chez les moins de 18 ans = 8 filles pour un garçon; pour les 55 ans et plus = 1 femme pour un homme). 86,1% des appelants étaient en crise suicidaire, 61,1% présentaient des intentions suicidaires, 21,2% présentaient des intentions suicidaires et un plan suicidaire, et 3,8% étaient en tentative de suicide au moment du contact. Les problématiques les plus fréquemment discutées étaient les problèmes de santé mentale (59,7%), les problèmes relationnels ou familiaux (23,4%) et les ruminations suicidaires (18,6%). Selon les affects mesurés, ils ont observé une amélioration de l'état émotionnel des appelants dans 36,1% à 48,5% des interventions. Cependant, aucun changement n'a été observé dans 43,2% à 64,2% des interventions, et une détérioration de l'état émotionnel des visiteurs s'est produite dans 0,4% à 13,4% des interventions. Leurs résultats indiquent également que les intervenants exploraient rarement le risque suicidaire des appelants dans les 10 premières minutes de l'intervention. En conséquence, ils n'ont pu évaluer l'impact du service sur l'ambivalence des appelants face au suicide dû au nombre élevé de données manquantes. Dans l'ensemble, ils n'ont pas identifié de caractéristiques particulières des interventions qui étaient associées à des différences dans les résultats.

Lors d'une étude qualitative, Predmore et ses collègues (2017) ont rencontré 37 intervenants travaillant à la United States Veterans Crisis Line. Leur objectif était de mieux comprendre les différences entre l'intervention téléphonique, par texto et clavardage. De manière générale, les intervenants constataient plusieurs différences entre l'intervention téléphonique et l'intervention par clavardage et texto. Par

exemple, les intervenants trouvaient beaucoup plus difficile d'évaluer le risque suicidaire lors des communications par clavardage et texto. Ils avaient également l'impression que les appelants s'investissaient moins dans les interventions lorsque celles-ci étaient effectuées par clavardage et texto. Ils avaient également l'impression que les appelants présentant des traits de troubles de la personnalité étaient plus fréquents au clavardage et texto. Enfin, la majorité des participants rapportait que l'intervention par clavardage était très similaire à l'intervention par texto.

Dans le cadre de l'évaluation du service d'intervention par texto de la ligne jeunesse danoise BorneTelefonen, Sindahl et collègues (2019) ont administré un questionnaire post-intervention à 444 jeunes suicidaires, et un questionnaire de suivi à 46 jeunes 2 semaines après leur contact. Ils ont également effectué une analyse de contenu quantitative de 102 verbatims d'intervention. 94,8% des appelants étaient des filles, 29,3% étaient âgés de 14 ans ou moins, 43% avaient entre 15 et 17 ans, et 24,8% avaient 18 plus ou plus. Dans 91,2% des interventions analysées, le jeune a révélé ses idées suicidaires avant même que l'intervenant aborde le sujet. 12% avaient un plan suicidaire et 14% présentaient un risque imminent de passage à l'acte. Cependant, la présence d'un plan suicidaire n'a pas été explorée dans 61,4% des interventions. Les problématiques les plus souvent discutées étaient l'automutilation (32%), les maladies mentales (15,1%), les problèmes avec les parents (14%), la peur et l'anxiété (12,5%), la solitude (11,5%), les troubles alimentaires (10,4%) et l'intimidation (7,7%). En ce qui a trait aux impacts des interventions, leurs résultats indiquent que 35,9% des 444 jeunes suicidaires rapportaient se sentir mieux immédiatement après l'intervention, que 43,7% ne rapportaient pas de changements, et que 20,4% rapportaient que leur bien-être s'était dégradé. Plus de la moitié des jeunes ont quitté la conversation avec des pistes d'action pour améliorer leur situation. 37% des jeunes ayant complété le questionnaire au suivi rapportaient que leur état s'était détérioré. En ce qui a trait aux bonnes pratiques d'intervention, exprimer de l'empathie et parler des émotions, et encourager les jeunes à parler de leur situation à un adulte dans leur entourage étaient les techniques d'intervention qui étaient associées à des impacts positifs. En revanche, mettre des limites aux jeunes (p. ex. : recadrer les attentes des jeunes par rapport au service, recadrer l'intervention) était associé à des impacts négatifs.

Williams et ses collègues (2020) ont évalué l'efficacité du service d'intervention par texto de la Australian Lifeline. Les utilisateurs étaient invités à répondre à quelques questions avant et après leur intervention. Ces questions portaient sur l'âge et le genre, sur la raison du contact et sur différents indicateurs

d'impact (p. ex. : échelle de détresse, satisfaction). 79,6 % des appelants étaient des femmes et leur âge moyen était de 26,1 ans. Les rapports d'intervention des intervenants indiquent que 29,8% des contacts concernaient une crise suicidaire et que 3,3% présentaient un risque imminent de passage à l'acte. Or, parmi les 248 appelants ayant indiqué la raison du contact dans le questionnaire post-intervention, 61,8% ont indiqué qu'ils contactaient le service, car ils avaient des idées suicidaires. Les problématiques les plus fréquemment discutées étaient les problèmes de santé mentale, les questions relatives au soi et à l'identité, et les difficultés familiales (les pourcentages ne sont pas rapportés). Dans le sondage post-intervention, 11,3% ont indiqué qu'ils présentaient des problèmes d'automutilation. 838 appelants ont répondu à toutes les questions pré-post servant à mesurer les impacts à court terme du service. Les résultats indiquent une baisse statistiquement significative de la détresse des utilisateurs, une hausse de leur sentiment d'être en lien avec d'autres personnes (connectedness) et une hausse de leur sentiment d'être en mesure de faire face à leur situation. Au total, 47% des interventions ont entraîné une diminution de la détresse de l'appelant. De manière générale, les utilisateurs étaient satisfaits du service qu'ils avaient reçu. Cependant, une minorité d'appelants ont trouvé que les réponses des intervenants étaient stéréotypées (mécaniques ou impersonnelles).

Enfin, Gould et ses collègues (2021) ont évalué l'efficacité du service d'intervention par clavardage de la NSPL. Pour ce faire, ils ont analysé les données de 39 911 sondages pré-interventions et 13 130 sondages post-interventions complétés par des utilisateurs du service. 65% des utilisateurs étaient des femmes et que 70% avaient moins de 24 ans. Plus de la moitié des utilisateurs contactaient le service pour des affects dépressifs, environ 10% pour des problèmes d'automutilation et environ 10% pour des problèmes d'anxiété. 83% des utilisateurs ont indiqué dans le questionnaire pré-intervention avoir des pensées suicidaires (54,8% dans les 24 dernières heures et 28,3% dans les derniers jours). Une réduction statistiquement significative de la détresse fut observée du début à la fin des contacts. Au sondage post-intervention, 31,5% ont indiqué qu'ils avaient plus d'espoir (pas de changement = 37,3%, moins d'espoir = 18,6%), 26,8% ont indiqué qu'ils étaient moins déprimés (pas de changement = 43,7%, plus déprimé = 16,5%), 37,5% ont indiqué qu'ils se sentaient moins accablé par leur situation (pas de changement = 32,7%, plus accablé = 16,1%) et 45% ont indiqué qu'ils se sentaient moins suicidaires (pas de changement = 30,5%, plus suicidaire = 12,2%). En ce qui a trait au rapport thérapeutique, 64,4% ont indiqué que l'intervenant se souciait sincèrement de leur bien-être et 59% ont indiqué qu'ils se sont sentis compris par l'intervenant. Ces variables étaient fortement associées aux perceptions de l'efficacité

des interventions. Enfin, 51% des utilisateurs ont indiqué avoir convenu d'un plan d'action avec l'intervenant vers la fin de l'appel.

#### 1.9.1 Synthèse critique des résultats des études empiriques sur les interventions par clavardage et texto en contexte de prévention du suicide

Plusieurs résultats obtenus dans ces études corroborent les caractéristiques et défis de l'intervention par clavardage et texto relevés dans la littérature grise et dans les études effectuées auprès de lignes d'intervention généralistes.

Les études sur les services d'interventions par clavardage et texto spécialisés à la prévention du suicide indiquent que ces services sont principalement utilisés par des adolescentes et des jeunes femmes (Gould *et al.*, 2021; Mokkenstorm *et al.*, 2017; Williams *et al.*, 2020). Il est cependant intéressant de noter l'écart observé entre les services d'intervention par rapport à la proportion des utilisateurs qui sont des hommes. Les appelants de sexe masculin représentaient 35% des appelants à la NSPL (Gould *et al.*, 2021), 18,4% des appelants à 113 Suicide Prevention (Mokkenstorm *et al.*, 2017), et 16,3% des appelants à la Australian Lifeline (Williams *et al.*, 2020). Il serait tentant d'attribuer cet écart au fait que les adolescents qui contactent les services d'intervention par clavardage ou texto sont généralement des filles, comme en témoigne l'étude de Sindahl et ses collaborateurs (2019) qui indique que 94% des appelants suicidaires à la ligne jeunesse Bronfentelefoon étaient des filles. Il serait également tentant d'attribuer cet écart au phénomène observé dans l'étude de Mokkenstorm et ses collègues (2017), qui indique que plus l'âge des appelants était élevé, plus le ratio homme/femme avait tendance à s'égaliser. Or, 39% des appelants à la NSPL ont indiqué avoir moins de 18 ans (Gould *et al.*, 2021), alors que 22,2% des appelants à 113 Suicide Prevention semblaient être mineurs (Mokkenstorm *et al.*, 2017). Davantage d'études sont donc nécessaires pour expliquer les déterminants de l'utilisation de ces services par les garçons et les hommes.

Les problématiques discutées par les utilisateurs suicidaires de services d'intervention par clavardage et texto sont similaires à celles discutées dans les lignes d'intervention téléphonique. Les problèmes de santé mentale et les relations familiales et interpersonnelles sont les problématiques les plus fréquemment discutées dans ces services. Cependant, à la différence des interventions téléphoniques et tout comme dans les services d'intervention par clavardage ou texto généraliste, l'automutilation (Gould *et al.*, 2021; Sindahl *et al.*, 2019), les troubles alimentaires (Sindahl *et al.*, 2019) et les problèmes liés à l'image de soi et à l'identité ont été relevés comme étant des problématiques fréquemment discutées

par les appelants suicidaires (Sindahl *et al.*, 2019; Williams *et al.*, 2020). Ces différences sont probablement attribuables au fait que ces services sont généralement utilisés par des adolescentes et de jeunes femmes.

Les résultats des études sur les services d'interventions par clavardage et texto en prévention du suicide suggèrent également que le besoin de contrôle des appelants est présent dans les interventions portant sur le suicide. Dans l'étude Sindahl et ses collègues (2019), mettre des limites aux appelants était associés à des impacts négatifs. Dans l'étude de Predmore et ses collègues (2017), les intervenants rapportaient que les appelants présentant des traits de troubles de personnalités sont plus nombreux au clavardage et texto, ce qui suggère qu'ils avaient l'impression que le nombre d'appelants *difficiles* était plus élevé. Enfin, Timm (2011) a identifié plusieurs situations où l'alliance thérapeutique était menacée, soit le questionnement des compétences de l'intervenant, le refus de procéder à l'évaluation du risque suicidaire et le refus de conclure l'intervention. Ces situations suggèrent que les interventions difficiles se caractérisent souvent par une résistance des appelants à la directivité des intervenants et au cadre des interventions.

Les enjeux liés au besoin de contrôle des appelants dans les interventions par clavardage et texto ne sont pas sans rappeler les défis d'intervention observés dans les interventions téléphoniques auprès des appelants fréquents. On peut ainsi faire l'hypothèse qu'une proportion des appelants aux services d'intervention par clavardage et texto sont des appelants fréquents, et que leur présence entraîne des défis opérationnels et cliniques similaires à ceux observés dans les lignes d'intervention téléphonique. Malheureusement, la nature ponctuelle des interventions (p. ex. : absence de suivi ou de dossiers d'utilisateurs) et le caractère anonyme des communications par clavardage et texto (p. ex. : l'absence d'indices paraverbaux) fait en sorte qu'il est difficile de reconnaître les appelants fréquents et de produire des statistiques sur leur utilisation des services. Il existe donc peu de données sur le sujet. Dans l'étude de Sindahl et ses collègues (2019), 45,5% des participants suicidaires et 47,3% des participants non suicidaires avaient contacté le service une seule fois, alors que 15,8% des appelants suicidaires et 8,6% des appelants non suicidaires avaient contacté le service plus de 10 fois. Davantage de recherches sont nécessaires pour investiguer l'existence d'une relation entre la fréquence d'utilisation de ces services et le profil des appelants.

Les études sur les services d'interventions par clavardage et texto en prévention du suicide rapportent différents résultats quant à la suicidalité des appelants. Dans l'étude de Mokkenstorm et ses collègues (2017), 86,1 % des interventions concernaient une crise suicidaire. Similairement, dans l'étude de Gould et ses collègues (2021), 83% des utilisateurs ont indiqué dans le questionnaire pré-intervention avoir des pensées suicidaires. Ces résultats suggèrent que 4 appelants sur 5 aux services d'intervention par clavardage en prévention du suicide présentent des idées suicidaires. Cette proportion est très élevée par rapport à ce qui est généralement observé dans les études sur les lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide (Gould *et al.*, 2013; Mishara *et al.*, 2007a), qui indiquent qu'environ 1 appelant sur 3 à ces lignes présente des idées suicidaires actives.

Williams et ses collègues (2020) rapportent des résultats assez différents quant à la proportion d'utilisateurs suicidaires. Leur analyse documentaire des rapports d'intervention indique que 29,8% des contacts concernaient une crise suicidaire. Or, dans cette étude, 61,8% des 248 appelants qui ont inscrit la raison de leur contact dans le questionnaire post-intervention rapportaient avoir contacté le service, car ils avaient des idées suicidaires. Cet écart pourrait donc être attribuable à un biais d'échantillonnage du questionnaire en ligne, ou encore au fait que les appelants dévoilent davantage leurs idéations suicidaires via des questionnaires que dans leur conversation avec l'intervenant. Il est donc possible, voire probable, que l'analyse documentaire dans cette étude sous-estime le nombre réel d'appelants suicidaires au service.

Les pratiques d'évaluations du risque suicidaire dans les services d'intervention par clavardage et texto peuvent également impacter le repérage des appelants suicidaires, et conséquemment biaiser les statistiques sur les appelants suicidaires rapportées dans les études. Ce problème est particulièrement saillant dans les lignes jeunesse. Dans leur revue de littérature sur les lignes jeunesse, Mathieu *et al.* (2021) indiquent que de 4 % à 20 % des appels à ces lignes concernent des problèmes liés au suicide. Or, les lignes jeunesse sont des services généralistes et elles ne possèdent généralement pas une politique d'évaluation systématique du risque suicidaire. Il n'existe pas d'obligation, pour les intervenants, de demander à l'appelant s'il pense au suicide. Le repérage des appelants suicidaires dans ces lignes est donc fortement tributaire des inclinaisons personnelles des intervenants à investiguer le risque suicidaire des appelants. Dans l'étude de Sindahl et ses collègues (2019), les rapports d'intervention indiquaient que 7,1% des jeunes appelants au service d'intervention par texto de la ligne jeunesse BorneTelefonen présentaient des idées ou comportements suicidaires. Or, l'analyse de contenu des interventions

indiquait que 91,2% des 102 jeunes suicidaires dont la conversation a été analysée avaient révélé leurs idées suicidaires avant même que l'intervenant aborde le sujet. Ces résultats suggèrent que les appelants suicidaires qui sont repérés dans les lignes jeunesse le sont principalement, car ils ont dévoilé d'emblée leur suicidalité. Ils suggèrent également que les statistiques des lignes jeunesse sous-estiment le nombre d'appelants suicidaires qui les contactent.

D'ailleurs, les études sur les services d'interventions par clavardage et texto spécialisés à la prévention du suicide indiquent que les évaluations du risque suicidaire sont généralement plus difficiles à effectuer (Predmore *et al.*, 2017) et qu'elles sont souvent incomplètes (Sindahl *et al.*, 2019). Par exemple, l'analyse de contenu quantitative de Sindahl et ses collègues (2019) indique que 12% de l'échantillon ont exprimé avoir un plan suicidaire et que 14% présentaient un risque imminent de tentative de suicide. Or, la présence d'un plan suicidaire ou d'un risque imminent de passage à l'acte n'avait pas été investiguée dans 61,4% des interventions. De même, dans l'étude de Mokkenstorm et ses collègues (2017), le nombre de données manquantes sur la suicidalité des appelants au début et à la fin des interventions ont empêché les chercheurs d'évaluer l'impact du service sur la suicidalité des appelants.

Étant donné l'hétérogénéité des méthodes employées dans les différentes études et la variabilité des pratiques d'évaluation du risque suicidaire, il est difficile de déterminer avec certitude le profil de suicidalité des appelants suicidaires aux services d'intervention par clavardage et texto.

En ce qui a trait aux bonnes pratiques d'intervention, les études indiquent que certaines interventions se déroulent mieux que d'autres, et que le rapport thérapeutique développé avec les appelants a un impact sur l'efficacité des interventions (Barak et Bloch, 2006; Gould *et al.*, 2021; Mokkenstorm *et al.*, 2017; Sindahl *et al.*, 2019; Timm, 2011). Cependant, les résultats des études quantitatives ayant comparé l'efficacité de différentes pratiques d'intervention ne sont pas concordants. Dans l'étude de Mokkenstorm et ses collègues (2017), aucune technique d'intervention ne s'est distinguée en termes d'efficacité ou d'impacts. Dans l'étude de Sindahl et ses collègues (2019), exprimer de l'empathie, parler des émotions et encourager le jeune à parler à un adulte dans son entourage étaient associés à des impacts positifs. Davantage d'études sont nécessaires pour identifier les bonnes pratiques d'intervention par clavardage et texto.

Enfin, les résultats des études ayant évalué l'efficacité de services d'interventions par clavardage et texto en prévention du suicide indiquent qu'ils sont efficaces à réduire la détresse des appelants suicidaires,

mais que leur impact est modeste (Gould *et al.*, 2021; Mokkenstorm *et al.*, 2017; Sindahl *et al.*, 2019; Williams *et al.*, 2020). Selon les études, la proportion d'appelants affichant une diminution de leur détresse est de 35,9% à 49%. Qui plus est, il semble que les affects des appelants se détériorent dans une proportion non négligeable des interventions, soit de 0,4% à 20,1% des interventions selon les études. Seule l'étude de Gould et de ses collaborateurs (2021) présente des données sur l'impact des interventions sur le risque suicidaire. Dans cette étude, 45% des appelants suicidaires ont indiqué dans le questionnaire post intervention qu'ils se sentaient moins suicidaires à la suite de l'intervention, et 12,1% ont affirmé qu'il se sentait davantage suicidaire. Davantage d'études mesurant l'impact de ces services sur le risque suicidaire sont donc nécessaires.

### 1.9.2 Limites méthodologiques des études sur les interventions par clavardage et texto en contexte de prévention du suicide

Les méthodes les plus utilisées dans les études sur les interventions par clavardage et texto en contexte de prévention du suicide sont l'analyse du contenu des interventions, les questionnaires et l'analyse documentaire des rapports d'intervention complétés par les intervenants. Or, ces méthodes observent des choses bien différentes. L'analyse du contenu des interventions est une méthode naturaliste. Elle permet d'observer, sans interférence, le dévoilement des idées suicidaires des appelants dans un contexte naturel d'intervention. Cependant, cette méthode permet seulement d'observer les comportements des appelants, ou plutôt ce qu'ils expriment. Ainsi, l'analyse de contenu ne peut observer la suicidalité d'un appelant que si ce dernier dévoile ses idées suicidaires. En ce qui a trait à l'analyse documentaire des rapports d'intervention, elle permet seulement d'avoir accès aux perceptions des intervenants quant au risque suicidaire des appelants. De plus, ils sont parfois complétés de manière très inégale par les intervenants. Le questionnaire, quant à lui, élicite un comportement de dévoilement de la part des appelants. Les questionnaires employés dans les recherches sur l'intervention par clavardage et texto sont généralement administrés en ligne ou par texto. Ils sont donc complétés dans un contexte d'anonymat où l'appelant est seul avec lui-même, ce qui est favorable au dévoilement des idées suicidaires (Petrie et Abell, 1994). Cependant, les questionnaires utilisés dans ces recherches sont souvent de courts questionnaires maison dont l'on peut parfois questionner la validité.

En raison de leurs limites méthodologiques, l'analyse de contenu des interventions et l'analyse documentaire des rapports d'intervention ne sont pas des méthodes d'observation suffisamment précises pour déterminer le pourcentage d'utilisateurs suicidaires dans les lignes d'intervention par

clavardage ou texto. Il est donc probable que l'emploi de ces méthodes dans les recherches entraîne une sous-estimation du nombre d'appelants suicidaires à ces services, et ce particulièrement pour les organisations qui ne possèdent pas une politique d'évaluation systématique du risque suicidaire, ou qui présentent des lacunes quant à leurs pratiques d'évaluation du risque suicidaire.

Dans un même ordre d'idées, les recherches visant l'identification des meilleures pratiques d'intervention au clavardage et texto ont employé l'analyse de contenu comme principale méthode d'observation. Or, l'on peut questionner la validité d'utiliser l'analyse de contenu comme méthode d'observation de l'état mental et des affects des utilisateurs.

Pour toutes ces raisons, davantage d'études triangulant différentes méthodes d'observation directes (p. ex. : analyse de contenu) et indirectes (p. ex. : analyse documentaire, questionnaires) sont nécessaire pour mieux comprendre le profil de suicidalité des appelants à ces services et observer les impacts des interventions clavardages et texto sur leur détresse et leur risque suicidaire.

#### 1.10 Besoins des centres de prévention du suicide à l'égard de l'intervention par clavardage et texto

La plupart des services d'intervention par clavardage et par texto en prévention du suicide sont opérés par des lignes d'intervention téléphonique qui ont adapté leurs pratiques à ces modes de communication. Or, il existe peu de documentation scientifique permettant d'évaluer la transférabilité des théories et pratiques d'intervention des lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide à la communication par clavardage et texto (p. ex. : Drexler, 2013; Predmore *et al.*, 2017). Il se pourrait, à la lumière des témoignages d'intervenants ayant pratiqué les deux formes d'intervention, que certaines pratiques d'intervention téléphonique soient plus facilement transférables au clavardage et texto que d'autres. C'est pourquoi des recherches explorant l'impact des différentes pratiques d'intervention actuellement utilisées par les lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide s'avèrent nécessaires afin d'aider les centres de prévention du suicide à adapter leurs pratiques d'intervention à la communication par clavardage et texto.

Compte tenu des limites méthodologiques des études sur les lignes d'intervention mentionnées précédemment, il est important que ces recherches futures utilisent à la fois des méthodes d'observation directe telles que l'analyse de contenu, et des méthodes d'observation indirecte comme les questionnaires, pour mesurer de manière adéquate le risque suicidaire des appelants et les effets des

interventions. Cela s'avère particulièrement important pour les lignes d'intervention généralistes qui ne disposent pas d'une politique d'évaluation systématique du risque suicidaire.

De plus, étant donnée la grande hétérogénéité des études publiées à ce jour, il est crucial que ces recherches futures reproduisent les méthodes utilisées dans les études ayant identifié de bonnes pratiques d'intervention. De même, par soucis de répliquabilité, il est important que ces recherches futures investiguent l'impact des bonnes pratiques d'intervention identifiées dans les recherches passées, soit le fait de prendre le temps d'établir un lien de confiance avec l'appelant en début de contact, de valider ses expériences, d'évaluer son risque suicidaire, d'explorer ses ressources, et de faire de la résolution de problème collaborative. En ce qui a trait spécifiquement aux interventions par clavardage et texto, il est important que les recherches futures investiguent l'impact des pratiques visant à réguler le comportement des appelants lors des contacts, et à recadrer leurs attentes par rapport aux objectifs de l'intervention.

## CHAPITRE 2

### MÉTHODOLOGIE

#### 2.1 Objectifs

L'objectif général de ce projet de recherche était d'identifier les meilleures pratiques d'intervention par texto en prévention du suicide. Pour ce faire, des instruments utilisés dans des évaluations antérieures de lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide ont été utilisés pour évaluer l'impact d'interventions par texto auprès d'appelants suicidaires.

Ce projet de recherche a été déployé dans deux organisations offrant des services d'intervention par texto auprès d'appelants suicidaires sous la forme d'évaluations d'impact. Les objectifs spécifiques de ces évaluations ont été formulés à la suite d'une analyse des besoins exprimés par les intervenants œuvrant au sein des organismes partenaires. Ces objectifs spécifiques différaient donc légèrement selon les besoins exprimés par les organismes partenaires, et selon leurs contextes d'implantation.

Ce projet de recherche s'inscrit dans un courant de recherches évaluatives ancrées dans les traditions, les pratiques et les préoccupations des acteurs des lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide (Mishara *et al.*, 2007a, 2007b). La méthodologie fut élaborée de façon à produire des connaissances utiles et transférables aux différents milieux de pratique opérant des services d'intervention par texto en prévention du suicide. Ce projet de recherche portait donc un regard pragmatique sur son objet d'étude (Morgan, 2007).

Enfin, les deux études réalisées étaient complémentaires, puisque les organismes partenaires desservent deux populations différentes, soit la population générale canadienne anglophone (SCPS) et la population adolescente québécoise francophone (Tel-Jeunes). La diversité des populations étudiées était donc susceptible de renforcer la généralisabilité des résultats observés.

#### 2.2 Méthode de l'Article 1

La présente section décrit la méthode de recherche employée dans la première évaluation. Seront décrits le contexte et les objectifs de la recherche, la procédure de recrutement et d'échantillonnage, les instruments utilisés et les analyses qui ont été effectuées.

### 2.2.1 Contexte et objectifs de la recherche

Le premier article provient d'une étude qui a été réalisée dans le cadre de l'évaluation du service d'intervention par texto du Service Canadien de Prévention du Suicide (SCPS) par le Centre de Recherche et d'Intervention sur le Suicide, Enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE).

Le SCPS est un regroupement de plusieurs centres de crise et de lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide à travers le Canada. Au moment d'effectuer notre recherche, quatre de leurs centres de crise offraient des services d'intervention par clavardage et texto sur l'ensemble du territoire canadien. La mission du SCPS est de renforcer la prestation de services régionaux en prévention du suicide sur le territoire canadien. Le SCPS vise à soutenir tous les Canadiens qui pensent au suicide, les endeuillés par suicide, les personnes inquiètes pour un proche et à soutenir les professionnels qui peuvent intervenir auprès d'une clientèle suicidaire. Le service a été lancé en 2017 et est subventionné par l'Agence de santé publique du Canada. Il s'agit du premier service d'intervention par téléphone, clavardage et texto pancanadien qui soit spécifiquement dédié à la prévention du suicide.

Le SCPS souhaite établir des standards en matière de bonnes pratiques à travers son réseau. Or, ces bonnes pratiques n'ont jamais été définies. Cette recherche visait donc à identifier ces bonnes pratiques.

Le devis employé était un devis analytique transversal. La méthode utilisée consistait en une analyse de contenu quantitative (Krippendorff, 2018) des verbatims d'intervention par texto à l'aide des instruments utilisés par Mishara et ses collègues (2007a, 2007b; voir annexes B, C, D) dans leur évaluation des interventions téléphoniques au réseau NSPL, l'analyse documentaire des rapports d'intervention des intervenants et l'analyse des réponses des utilisateurs à un court questionnaire pré-intervention. Il s'agissait donc d'une approche d'observation naturaliste n'interférant pas avec le travail des cliniciens du SCPS. Les objectifs de l'évaluation étaient de décrire le profil des utilisateurs du service d'intervention par texto du SCPS, de décrire les impacts du service, de décrire les pratiques d'intervention et d'évaluation du risque suicidaire des intervenants, et d'identifier les techniques d'intervention qui sont associées à des impacts positifs et négatifs pour les utilisateurs.

Dans le cadre de la présente thèse, les pratiques d'intervention font référence aux différentes tâches qu'un intervenant accomplit au cours d'une intervention afin d'aider l'appelant à gérer sa crise. Par exemple, l'évaluation du risque suicidaire de l'appelant et l'exploration de pistes de solution à ses

problèmes constituent des pratiques d'intervention. En ce qui a trait aux techniques d'intervention, elles font référence aux comportements d'intervention spécifiques utilisés par les intervenants pour réaliser ces différentes tâches (ex. : valider l'expérience de l'appelant, souligner ses forces, le questionner sur ses émotions, poser des questions sur ses ressources, etc.).

### 2.2.2 Procédure de recrutement et d'échantillonnage

La plateforme d'intervention du SCPS enregistre automatiquement les données relatives aux interventions qui sont effectuées par l'organisation. Ces données incluent les verbatims des interventions, les résultats à un court questionnaire pré-intervention, ainsi que les rapports d'intervention complétés par les intervenants qui sont associés à ces interventions. Ces données sont stockées sur le serveur sécurisé du SCPS, et seules quelques personnes désignées par l'organisation y ont accès pour des fins d'évaluation et de supervision clinique.

La présente évaluation utilise un échantillon de convenance. Le SCPS a identifié les 112 premières interventions, effectuées à partir du 1er avril 2020, qui répondaient aux critères d'inclusion de la recherche. Le nombre de 112 interventions a été déterminé en partie par l'échéancier serré du projet, et par l'atteinte d'une taille échantillonnale permettant la réalisation d'analyses de régressions linéaires multiples. Pour être incluses dans l'échantillon, les interventions devaient durer au moins 20 minutes, inclure une portion d'intervention portant sur le suicide, et être effectuées auprès d'appelants en détresse. Le seuil de 20 minutes a été choisi à des fins de comparaison, puisqu'il correspond à celui utilisé par Mokkenstorm *et al.* (2017) dans leur évaluation d'interventions par clavardage, et que ces derniers ont utilisé les mêmes instruments que ceux utilisés dans la présente étude. La présence de détresse était inférée à partir de la lecture des verbatims d'intervention. Ce critère impliquait l'exclusion des verbatims d'intervention qui ne contenaient pas d'échanges sur les difficultés personnelles des appelants (ex. : les demandes d'information). Au total, 17 interventions effectuées auprès de proches inquiets pour un tiers ont été exclues de l'échantillon. Malheureusement, nous ne disposons pas de l'information sur le nombre total de contacts effectués pour la période de sélection des interventions. Le SCPS a anonymisé les verbatims et les rapports d'interventions avant de les transmettre au CRISE pour fin d'analyse. Ces données ont ensuite été conservées par le CRISE sur un disque dur externe sécurisé à l'Université du Québec à Montréal (UQAM).

### 2.2.3 Instruments

#### 2.2.3.1 Questionnaire pré-intervention

Les personnes qui contactent le service texto du SCPS doivent compléter un court questionnaire avant d'être transférées automatiquement dans la file d'attente par le système informatique. Ce court questionnaire contient des questions sur l'âge, le genre et le niveau de détresse (*How upset are you now? 1 = Ok to 5 = Extremely upset*) et la présence d'idées suicidaires (*Do you have thoughts of suicide? Yes or no*).

#### 2.2.3.2 Rapports d'intervention complétés par les intervenants du SCPS

Les rapports d'intervention au SCPS sont intégrés à même la plateforme d'intervention. Les intervenants complètent ces rapports au cours de l'intervention. Les données colligées par les intervenants qui ont été retenues pour cette recherche sont le niveau d'intensité émotionnel de l'appelant au début et à la fin de l'intervention (*1 = Emotionally comfortable to 5 = Overwhelmed and not functioning*), ainsi que les indices de suicidalité exploré par l'intervenant ou rapportés par l'appelant (*Suicide ideation, attempt in progress, attempt survivor, imminent risk, suicide plan, loss survivor*). Ces indicateurs sont colligés par les intervenants. Elles représentent donc leurs perceptions de la détresse et du risque suicidaire de l'appelant, ainsi que des impacts de leur intervention.

#### 2.2.3.3 Caractéristiques des échanges (durée, nombre de mots)

La durée des échanges et le nombre de mots envoyés par les intervenants et les appelants lors des échanges ont été documentés. La durée des échanges a été calculée automatiquement par la plateforme d'intervention. Le nombre de lettres et de mots a été calculé à l'aide du logiciel Word de la suite Microsoft Office.

#### 2.2.3.4 Problématiques des appelants

Les problématiques des appelants ont été documentées à l'aide de la grille d'observation de Mishara et ses collègues (2007a, 2007b) par LPC. Cette grille contient une liste de 18 types de problématiques (p. ex. : problèmes familiaux, problèmes conjugaux, problèmes financiers, problèmes de santé mentale, etc.).

### 2.2.3.5 Pratiques d'évaluation du risque suicidaire et d'intervention des intervenants du SCPS

Une grille de codification fut développée afin de décrire les comportements d'intervention et d'évaluation du risque suicidaire des intervenants du SCPS. Cette grille est une adaptation, pour l'intervention texto, de la grille utilisée par Mishara et ses collègues (2007a, 2007b) lors de leur évaluation des pratiques d'intervention téléphonique de l'organisation américaine NSPL. Cette grille comporte des items permettant la description des questions posées par les intervenants du SCPS lorsqu'ils évaluent le risque suicidaire d'un appelant, ainsi que le dénombrement des techniques d'intervention qu'ils emploient au cours de leurs interventions. Cette grille comprend également trois échelles ordinales permettant de décrire la qualité et le degré de complétion des différentes étapes d'une intervention typique en prévention du suicide, soit l'évaluation du risque suicidaire, l'exploration des ressources de l'utilisateur et pistes de solution à ses problèmes, et l'élaboration d'un plan d'action.

Six assistants de recherche ont été formés à l'utilisation de cette grille de codification. Trois assistants de recherche étaient doctorants en psychologie. Les trois autres complétaient la 3<sup>ème</sup> année de leur baccalauréat en psychologie. Tous les assistants de recherche avaient de l'expérience en intervention téléphonique. La formation fut effectuée à l'aide de 30 verbatims d'intervention par texto envoyé par le SCPS pour la formation. Les assistants de recherche devaient codifier trois verbatims par semaine. Une fois par semaine, les assistants de recherche, le premier auteur de cet article (LPC) et un formateur spécialisé en prévention du suicide se rencontrèrent afin de lire les trois verbatims codifiés au cours de la semaine et pour discuter des codifications de chacun. Certains items de la grille furent modifiés au cours de la formation afin de mieux capturer les spécificités de l'intervention par texto, et pour favoriser l'obtention de consensus lors de la codification des différents items de la grille. La formation à la grille de codification s'effectua sur une période de trois mois. Au total, chaque assistant de recherche a reçu plus d'une centaine d'heures de formation. Les assistants de recherche ont également reçu une formation à l'utilisation du logiciel d'analyse qualitative Nvivo. L'utilisation de ce logiciel nous a également permis de répertorier tous les comportements d'intervention contenus dans les verbatims d'intervention analysés pour cette évaluation.

Un sous-échantillon de 20 verbatims d'intervention par texto fut utilisé pour évaluer la fidélité de la grille de codification. La fidélité des items servant à dénombrer les techniques d'intervention employées au cours des interventions fut calculée à l'aide du coefficient de corrélation intra-classes et de l'indice de Kappa. La fidélité des items décrivant les pratiques d'évaluation du risque suicidaire fut calculée à l'aide

de l'indice de Kappa de Fleiss. Enfin, la fidélité des échelles ordinales décrivant la qualité et le degré de complétion des différentes étapes des interventions fut calculée à l'aide du coefficient de corrélation intra-classes. Ces analyses de fidélité ont permis d'identifier les items à conserver pour la codification de l'échantillon expérimental. Les indices de fidélité de ces items sont rapportés dans le Tableau 2.1.

Tableau 2.1 Indices de fidélité inter-juge des items retenus pour l'Article 1 (N = 20)

Items	ICC	Kappa	IC à 95%	
<i>Évaluation du risque suicidaire</i>				
Idéations suicidaires	-	.701	.625	.778
Pose directement la question ( <i>Penses-tu au suicide?</i> )	-	.698	.571	.824
Planification suicidaire	-	.742	.654	.831
Capacité à se contrôler	-	.224	.109	.340
Historique de tentatives	-	.787	.649	.925
L'appelant est-il seul?	-	.709	.614	.804
Abus de substances	-	.604	.486	.722
<i>Techniques d'intervention</i>				
Validation	.941	-	.888	.976
Soutien moral	.898	-	.811	.957
Souligner une force ou un bon coup	.865	-	.757	.942
Reformulation	.884	-	.785	.951
Questions sur les émotions	.825	-	.693	.923
Psychoéducation	.529	-	.324	.753
Exploration des besoins	.653	-	.462	.832
Questions sur les ressources de l'appelant	.841	-	.719	.931
Amener l'appelant à identifier ses propres ressources et solutions	.869	-	.763	.944
Suggestions de ressources et solutions	.855	-	.741	.937
Exploration d'un élément déclencheur	-	.670	.543	.796
Encourage le textant à parler à un proche/pair	-	.631	.504	.757
Encourage le textant à parler à un professionnel	-	.600	.473	.726
Recherche l'adhésion du textant à un plan d'action	-	.536	.409	.662
<i>Étapes de l'intervention</i>				
Évaluation du risque suicidaire	.758	-	.597	.890
Exploration des ressources et solutions	.643	-	.444	.826
Élaboration d'un plan d'action	.483	-	.279	.719

### 2.2.3.6 Impacts des interventions

Une version modifiée du Crisis Call Outcomes Rating Scale (CCORS) (Bonneson et Hartsough, 1987) a été employé pour décrire les impacts des interventions. Le CCORS est une échelle validée permettant de décrire la présence d'indices de succès ou d'échec d'interventions téléphoniques auprès d'appelants suicidaires. Certains items ont été modifiés afin de refléter la réalité de la communication par texto. Les

deux assistants étaient des étudiants en psychologie (l'un au doctorat et l'autre au baccalauréat) possédant de l'expérience de recherche en prévention du suicide. Leur formation, d'une durée de 60 heures, consistait à codifier des verbatims de pratique avec le CCORS, puis à comparer leur codification et discuter de leurs divergences jusqu'à l'obtention d'un consensus. Une fois la formation terminée, ils ont codifié un sous-échantillon de 39 verbatims. Des corrélations intra-classes ont été employées afin d'établir la fidélité de leur codification. Dans la présente étude, les différents items du CCORS affichent des corrélations intra-classes allant de 0,634 à 0,919. Le score total du CCORS affiche un indice de corrélations intra-classes de 0,962 (CI : 0,928 à 0,98), ainsi qu'un alpha de Cronbach de 0,981.

#### 2.2.4 Analyses

Des analyses descriptives (fréquences, moyennes, médianes, écarts-types) ont été effectuées sur les variables relatives au questionnaire pré-intervention, au rapport d'intervention, aux problématiques des appelants, et aux pratiques d'intervention et d'évaluation du risque suicidaire des intervenants du SCPS.

Une analyse de régression linéaire multiple a ensuite été effectuée afin d'estimer l'impact de la fréquence d'utilisation des différentes techniques d'intervention sur le score total au CCORS. Avant de procéder à cette analyse, un examen des passages de verbatims encodés dans Nvivo a été effectué pour chacune des techniques d'intervention afin d'en confirmer la validité. La technique *Questions sur les émotions* fut retirée des analyses quantitatives, car, dans la grande majorité des passages encodés, l'intervenant questionnait l'appelant sur l'amélioration de son état en fin d'intervention (p. ex. : Ça fait un moment que l'on discute. Est-ce que tu te sens mieux maintenant?). Ce type de questions amenait l'appelant à exprimer qu'il se sentait mieux ou non à la fin de l'intervention, ce qui influençait fortement les scores à plusieurs items du CCORS. Similairement, la technique *Psychoéducation* fut retirée des analyses quantitatives, car, dans la grande majorité des passages encodés, l'intervenant expliquait à l'appelant le fonctionnement d'une ressource qu'il venait tout juste de lui référer. Cette technique d'intervention était trop fortement corrélée aux items du CCORS portant sur le plan d'action et les références. Ces deux techniques d'intervention ont donc été retirées, car leur intégration dans les analyses de régressions aurait enfreint le postulat de l'indépendance des variables dépendantes et indépendantes.

Une analyse préliminaire des distributions des scores à la variable dépendante et aux variables indépendantes a été effectuée afin de vérifier le respect des postulats de base pour la conduite

d'analyses multivariées. Un premier examen des distributions révéla que les fréquences de huit techniques d'intervention contenaient un, deux ou trois scores extrêmes. La normalité de la distribution des variables indépendantes n'étant pas un prérequis pour la conduite de régressions linéaires multiples, aucune transformation n'a été effectuée pour ces variables. La distribution des scores totaux au CCORS s'est avérée normale. L'analyse des distances de Mahalanobis ne révéla aucun score extrême multivarié, et le respect des postulats de normalité fut confirmé par l'examen de la distribution des résidus de la régression linéaire multiple.

L'analyse de régression effectuée avec le score total au CCORS s'est avéré statistiquement non significative. Des analyses de régressions linéaires multiples ont donc été effectuées afin d'explorer la présence d'impacts de la fréquence d'utilisation des différentes techniques d'intervention sur la somme des items d'impacts positifs et négatifs du CCORS. Les distributions des scores d'impacts négatifs et positifs ne présentaient pas une distribution normale. Afin de normaliser ces variables, une transformation au logarithme 10 a été appliquée aux scores d'impacts négatifs et une transformation à la racine carrée a été appliquée aux scores d'impacts positifs. L'analyse des distances de Mahalanobis ne révéla aucun score extrême multivarié, et le respect des postulats de normalité fut confirmé par l'examen de la distribution des résidus pour ces deux régressions linéaires multiples.

#### 2.2.5 Considérations éthiques

Cette étude fut financée par le SCPS dans le cadre d'un contrat d'évaluation avec le CRISE. Elle s'inscrit dans un projet plus large d'évaluation du service d'intervention par texto du SCPS, et avait pour objectif de tester les instruments développés par le CRISE pour cette évaluation. Cette étude a été réalisée à partir des données recueillies automatiquement par la plateforme d'intervention du SCPS. Elle consiste donc en une analyse de données recueillies par le SCPS dans le cadre de ses pratiques courantes de monitoring de son service d'intervention. À aucun moment, la réalisation de cette recherche n'a interféré avec les pratiques des intervenants du SCPS et les services reçus par les appelants. Les conditions d'utilisation du service stipulent que les verbatims d'intervention peuvent être lus par le service ou par un partenaire externe à des fins de contrôle de la qualité et d'amélioration des pratiques. Les données furent anonymisées par le SCPS avant leur transmission au CRISE et pourront être conservées pour un maximum de 5 ans. Cette recherche fut approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal (certificat no 2788\_e\_2020).

## 2.3 Méthode de l'Article 2

La présente section décrit la méthode de recherche employée dans la deuxième évaluation. Seront décrits le contexte et les objectifs de la recherche, la procédure de recrutement et d'échantillonnage, les instruments utilisés et les analyses qui ont été effectuées.

### 2.3.1 Contexte et objectifs de la recherche

La présente recherche a été effectuée dans le cadre de l'évaluation du service d'intervention par texto de la ligne d'intervention Tel-jeunes. Tel-jeunes est une ressource québécoise offrant des services de counselling par téléphone, par courriel, clavardage et texto, aux jeunes de 5 à 20 ans. Cette ressource vise à écouter, soutenir et informer les jeunes à propos des sujets et problématiques qui les préoccupent.

Leur philosophie d'intervention est orientée selon des principes de responsabilisation : les intervenants sollicitent la participation des jeunes dans la recherche de leurs propres solutions. Au besoin, ils peuvent référer les jeunes à d'autres ressources spécialisées dans leur milieu. Leur modèle d'intervention est inspiré des trois approches suivantes : la réalité thérapie (Glasser, 1965), l'entretien motivationnel (DiClemente et Velasquez, 2002) et l'approche systémique (MacKinnon et James, 1987). Les grandes étapes de leur modèle d'intervention sont : accueillir la demande du client, l'accueil du client, l'exploration de sa situation, l'identification de son vouloir (encourager l'appelant à cibler son problème et le changement souhaité), l'identification de son étape motivationnelle, l'élaboration d'un plan d'action et la conclusion de l'intervention.

En 2015, une évaluation d'implantation du service d'intervention par texto de Tel-jeunes a estimé que 10% des contacts par texto concernaient une problématique suicidaire (Thoër *et al.*, 2015). Dans cette évaluation, les intervenants ont témoigné du défi que représentait pour eux l'intervention par texto auprès de jeunes présentant des idées suicidaires. Cette recherche visait donc en premier lieu à soutenir l'organisation par l'identification de bonnes pratiques d'intervention par texto auprès de jeunes appelants suicidaires.

Le devis employé consistait en un devis analytique transversal permettant la mise en relation d'un questionnaire post-intervention, portant sur les impacts de l'intervention et le risque suicidaire des appelants, et le dénombrement des techniques d'intervention utilisés par les intervenants. Ce dénombrement a été effectué à l'aide d'une analyse du contenu quantitative des verbatim

d'interventions (Krippendorff, 2018). Cette analyse de contenu quantitative a été effectuée à l'aide des instruments utilisés par Mishara et ses collègues (2007a, 2007b; voir annexes B, C, D) dans leur évaluation des interventions téléphoniques au réseau NSPL. Les objectifs de l'évaluation étaient : estimer la proportion des jeunes qui contactent le service d'intervention par texto qui ont pensé sérieusement au suicide dans la dernière année, estimer la proportion des jeunes qui contactent le service qui ont un historique de tentative(s) de suicide, examiner si les jeunes qui pensent au suicide au moment du contact parlent de leurs idées suicidaires durant la conversation avec l'intervenant, évaluer l'impact du service pour les jeunes, identifier les pratiques et les techniques d'intervention par texto qui sont associées à des impacts positifs et négatifs pour les jeunes appelants qui pensent au suicide.

### 2.3.2 Procédure de recrutement et d'échantillonnage

Le recrutement des participants a été effectué via un message d'invitation envoyé à tous les utilisateurs qui ont contacté le service d'intervention textuelle de Tel-jeunes du 31 janvier 2017 au 25 février 2018. Lorsqu'une intervention prenait fin, un message texte était automatiquement envoyé à l'utilisateur et il était invité à remplir un court questionnaire post-intervention. Pour éviter que les jeunes ne remplissent plusieurs questionnaires, le même numéro de téléphone cellulaire ne pouvait remplir le questionnaire qu'une seule fois. Un total de 2 276 jeunes âgés de 14 à 21 ans ont complété le questionnaire post-intervention. Nous n'avons pas pu calculer le taux de réponse exact au questionnaire, car l'organisation a changé son système de gestion de la relation client (Customer Relationship Management) pendant la période de l'étude. Cependant, le rapport annuel de Tel-jeunes indique que 7 562 interventions textuelles auprès de jeunes âgés de 14 à 20 ans ont été réalisées du 1er avril 2017 au 31 mars 2018. Même si ces douze mois ne correspondent pas parfaitement aux douze mois de notre collecte de données, nous estimons à un minimum de 30% notre taux de réponse (seuls 26 jeunes de notre échantillon avaient 21 ans). Il est également probable que le taux de réponse soit beaucoup plus élevé, car, généralement, un nombre important d'utilisateurs de services d'intervention par textos appellent plusieurs fois par an (Sindahl *et al.*, 2019; Szlyk *et al.*, 2020).

Un sous-échantillon a ensuite été sélectionné pour effectuer une analyse de contenu des interventions. Pour être incluses dans l'analyse de contenu, les interventions devaient avoir été menées auprès de jeunes âgés de 14 à 21 ans, qui étaient en détresse avant l'intervention et qui avaient sérieusement envisagé le suicide au cours des 12 derniers mois. La présence de détresse a été déterminée à partir de l'item *Avant ma conversation avec Tel-jeunes, je me sentais : 1-très mal à 4-très bien* du questionnaire

post-intervention (voir section 2.3.3.1). Seul les jeunes ayant répondu *Mal* ou *Très mal* à cette item ont été considérés pour l'analyse de contenu. Les critères d'exclusion étaient les conversations de moins de 20 minutes, celles portant strictement sur une demande d'information et celles dans lesquelles le jeune avait contacté le service pour discuter de la situation d'un pair ou d'un proche.

Pour maximiser les chances d'avoir des jeunes présentant différents degrés de risque suicidaire dans le sous-échantillon, une méthode d'échantillonnage raisonné a été employée. Les verbatims ont été sélectionnés de manière aléatoire parmi les 994 interventions de jeunes qui ont déclaré avoir pensé au suicide au cours des 12 derniers mois, mais de telle sorte que 50 % des interventions aient été réalisées auprès de jeunes ayant des antécédents de tentatives de suicide. 14 interventions ont été exclues, car elles concernaient une demande pour un tiers. Au total, 462 interventions ont été analysées.

### 2.3.3 Instruments

#### 2.3.3.1 Questionnaire post-intervention

Ce questionnaire contenait des questions sur l'âge, le genre, l'état émotionnel du jeune avant l'intervention (*Avant ma conversation avec Tel-jeunes, je me sentais : 1-très mal à 4-très bien*), les impacts de l'intervention sur le soulagement de sa détresse (*Ma conversation avec Tel-jeunes m'a aidé à me sentir mieux : 1-fortement en accord à 4-fortement en désaccord*), les impacts de l'intervention sur sa capacité à résoudre ses problèmes (*Ma conversation avec Tel-jeunes m'a aidé à trouver une solution à mon problème*), les impacts de l'intervention sur sa compréhension de sa situation (*Ma conversation avec Tel-jeunes m'a aidé à mieux comprendre ma situation : 1-fortement en accord à 4-fortement en désaccord*), la présence d'un historique de tentatives de suicide (*As-tu déjà tenté de te suicider?*), la présence d'idéations suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois (*Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé sérieusement à te suicider?*), et sur la présence actuelle d'idéations suicidaires (Item du BDI sur le suicide : *Choisis le numéro qui correspond le plus à ton état d'esprit actuel : 1-Je ne pense pas à me faire du mal; 2-Je pense que la mort me libérerait; 3-J'ai un plan précis pour me suicider; 4-Si je le pouvais, je me tuerais*). Le questionnaire se concluait par deux questions ouvertes demandant aux jeunes ce qu'ils ont le plus apprécié et ce qu'ils ont le moins apprécié dans l'intervention.

### 2.3.3.2 Grille de codification des problématiques des jeunes

Les problématiques des jeunes ont été documentées à l'aide de la grille d'observation de Mishara et ses collègues (2007a, 2007b) par LPC. Cette grille contient une liste de 18 types de problématiques (p. ex. : problèmes familiaux, problèmes conjugaux, problèmes financiers, problèmes de santé mentale, etc.).

### 2.3.3.3 Grille de codification des pratiques d'intervention et d'évaluation du risque suicidaire des intervenants de Tel-jeunes

Une grille de codification fut développée afin de décrire les comportements d'intervention et d'évaluation du risque suicidaire des intervenants de Tel-jeunes. Cette grille est une adaptation, pour l'intervention texto, de la grille utilisée par Mishara et ses collègues (2007a, 2007b) lors de leur évaluation des pratiques d'intervention téléphonique de l'organisation américaine NSPL. Cette grille comporte des items permettant la description des questions posées par les intervenants lorsqu'ils évaluent le risque suicidaire, ainsi que le dénombrement des techniques d'intervention qu'ils emploient au cours de leurs interventions. Quatre assistants de recherche ont été formés à l'utilisation de cette grille de codification. Trois assistants de recherche étaient doctorants en psychologie et un autre complétait la 3<sup>ème</sup> année de son baccalauréat en psychologie. Tous les assistants de recherche avaient de l'expérience en intervention téléphonique.

La formation fut effectuée à l'aide de verbatims d'intervention sélectionnés au hasard parmi les interventions qui n'ont pas été retenues pour l'échantillon expérimental. Les assistants de recherche devaient codifier trois verbatims par semaine. Une fois par semaine, les assistants de recherche, le premier auteur de cet article (LPC) et un formateur spécialisé en prévention du suicide se rencontrèrent afin de lire les trois verbatims codifiés au cours de la semaine et pour discuter des codifications de chacun. Certains items de la grille furent modifiés au cours de la formation afin de mieux capturer les spécificités de l'intervention par texto, et pour favoriser l'obtention de consensus lors de la codification des différents items de la grille. La formation à la grille de codification s'effectua sur une période de six semaines. Un échantillon de 50 verbatims d'intervention par texto a été utilisé pour évaluer la fidélité de la grille de codification. La fidélité des items servant à dénombrer les techniques d'intervention employés au cours des interventions fut calculée à l'aide du coefficient de corrélation intra-classes et de l'indice de Kappa. La fidélité des items décrivant les pratiques d'évaluation du risque suicidaire fut calculée à l'aide de l'indice de Kappa de Fleiss. Ces analyses de fidélité ont permis d'identifier les items à conserver pour la codification de l'échantillon expérimental. Les indices de fidélité de ces items sont

rapportés dans le Tableau 2.2. Les assistants de recherche ont également reçu une formation à l'utilisation du logiciel d'analyse qualitative Nvivo. L'utilisation de ce logiciel nous a également permis de répertorier tous les comportements d'intervention contenus dans les verbatims d'intervention analysés pour cette évaluation.

Tableau 2.2 Indices de fidélité inter-juge des items retenus pour l'Article 2 (N = 50)

Items	ICC	Kappa	IC à 95%	
<i>Évaluation du risque suicidaire</i>				
Idéations suicidaires	-	.593	.522	.665
Pose directement la question ( <i>Penses-tu au suicide?</i> )	-	.617	.504	.730
Planification suicidaire	-	.768	.672	.864
Capacité à se contrôler	-	.772	.683	.861
Historique de tentatives	-	.867	.791	.943
L'appelant est-il seul?	-	.726	.646	.806
Abus de substances	-	.812	.725	.899
<i>Techniques d'intervention</i>				
Validation	.706	-	.594	.803
Soutien moral	.843	-	.767	.900
Souligner une force ou un bon coup	.804	-	.711	.876
Questions sur les émotions	.755	-	.655	.839
Psychoéducation	.588	-	.420	.727
Mettre des limites	.547	-	.406	.683
Responsabilisation	.656	-	.534	.765
Questions sur les ressources de l'appelant	.804	-	.693	.880
Amener l'appelant à identifier ses propres ressources et solutions	.881	-	.824	.925
Suggestions de ressources et solutions	.736	-	.616	.830
Exploration d'un élément déclencheur	-	.884	.770	.999
Accompagner le textant dans son plan d'action	-	.771	.656	.885

#### 2.3.3.4 Impacts des interventions

Une version modifiée du Crisis Call Outcomes Rating Scale (CCORS) (Bonneson et Hartsough, 1987) a été employé pour décrire les impacts des interventions. Deux étudiants au baccalauréat en psychologie possédant de l'expérience en intervention téléphonique ont effectué la codification pour le CCORS. Leur formation, d'une durée de 30 heures, consistait à codifier des verbatims de pratique avec le CCORS, puis à comparer leur codification et discuter de leurs divergences jusqu'à l'obtention d'un consensus. Une

fois la formation terminée, ils ont codifié un sous-échantillon de 50 verbatims. Des corrélations intra-classes ont été employées afin d'établir la fidélité de leur codification (ICC = .940; CI .90 – .972) et l'alpha de Cronbach fut calculé ( $\alpha = .92$ ).

#### 2.3.4 Analyses

Dans un premier temps, des analyses ont été effectuées sur l'échantillon total des répondants au questionnaire post-intervention. Des analyses descriptives (fréquences, moyennes, médianes, écarts-types) ont ainsi été effectuées sur les variables relatives au questionnaire post-intervention.

Des analyses ont ensuite été effectuées afin de vérifier si les jeunes qui présentaient un risque suicidaire (idées suicidaires au cours des 12 derniers mois, historique de tentative de suicide, présence d'idées suicidaires à la suite de l'intervention) se distinguaient des jeunes qui ne présentaient pas d'indicateurs de suicidalité par rapport à leur âge et aux variables d'impact du questionnaire post-intervention. La présence d'une relation entre l'âge et les variables d'impacts a également été explorée dans ces analyses.

Avant de procéder à ces analyses, une variable *Présence d'idéations suicidaires post-intervention* a été créée à l'aide de l'item sur le suicide du BDI. Pour ce faire, une analyse de sensibilité et de spécificité a été effectuée afin d'explorer la relation entre cet item et les autres indicateurs de suicidalité au sein de l'échantillon total. L'établissement d'un seuil de 2 à l'item du BDI (*Je pense que la mort me libérerait*) permettait de repérer les jeunes qui ont pensé sérieusement à se tuer au cours des 12 mois avec une sensibilité de 63,8% et une spécificité de 50%, et les jeunes qui ont un historique de tentative de suicide avec une sensibilité de 50,7% et une spécificité de 48,11%. L'établissement d'un seuil à 3 (*J'ai des plans précis pour me suicider*) résultait en une sensibilité de 26% et une spécificité de 97,7% pour les idéations suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois, et une sensibilité de 23,2% et une spécificité de 91,9% pour les tentatives de suicide antérieures. Étant donné l'association entre les idées suicidaires passives et les problèmes de santé mentale (Liu *et al.*, 2020) et le risque futur de tentative de suicide (Baca-Garcia *et al.*, 2011), le seuil plus libéral de 2 fut choisi pour catégoriser les jeunes qui présentaient des idées suicidaires post-intervention.

Étant donné leurs fortes corrélations ( $r = .691$ ,  $r = .664$ ,  $r = .641$ ), les scores aux variables soulagement de la détresse, compréhension de sa situation et aide reçue pour résoudre un problème ont été additionnés. Une analyse des distributions à l'aide d'une inspection visuelle des histogrammes et des tests

Kolmogorov–Smirnov et Shapiro–Wilk indiqua que l'âge et la variable d'impacts pour les participants de l'échantillon total ne suivaient pas une distribution normale. La distribution de la variable d'impacts ne suivait également pas une distribution normale selon les différents groupes d'âge testés. Des tests-t ont ensuite été effectués et révélèrent des tailles d'effets improbables, confirmant l'anormalité des distributions. L'emploi du test Mann-Whitney a donc été privilégié pour les analyses sur l'échantillon total.

Des analyses ont ensuite été effectuées sur le sous-échantillon de l'analyse de contenu. Des analyses descriptives (fréquences, moyennes, médianes, écarts-types) ont d'abord été effectuées sur les variables relatives au questionnaire post-intervention, aux problématiques des appelants, à la durée des interventions et aux pratiques d'intervention et d'évaluation du risque suicidaire des intervenants.

Des tests de chi2 ont été ensuite effectués afin de vérifier si les problèmes discutés par les appelants étaient différents en fonction de la présence d'un historique de tentative ou de la présence d'idéations suicidaires post-intervention.

Des analyses ont été effectuées afin d'explorer le repérage des jeunes suicidaires par les intervenants. Un tableau croisé a d'abord été produit afin d'examiner la proportion d'appelants présentant des idéations suicidaires post-intervention qui ont fait l'objet d'une évaluation du risque suicidaire au cours de l'intervention. Un tableau croisé a également été produit afin d'examiner, parmi les jeunes qui ont fait l'objet d'une évaluation du risque suicidaire, la proportion de jeunes qui ont dévoilé leurs idées suicidaires avant même que l'intervenant n'aborde la question du suicide. Un test de Chi2 a ensuite été effectué afin d'explorer l'existence d'une relation entre le fait de dévoiler ses idées suicidaires et la présence d'un historique de tentative de suicide. Enfin, le seuil de 2 à l'item du BDI sur le suicide permettait de repérer les jeunes qui ont dévoilé des pensées suicidaires avec une sensibilité de 88,79 et une spécificité de 40,58. Parmi les 117 jeunes qui ont dévoilé des idées suicidaires, seulement 13 (11,1%) ont indiqué *1-Je ne pense pas à me faire du mal* à l'item du BDI. Parmi les 12 jeunes ayant répondu *J'ai un plan précis pour me suicider*, 10 avaient fait une tentative de suicide par le passé.

Des analyses ont été effectuées afin de comparer la durée des interventions selon la présence d'un historique de tentative de suicide et la présence d'idéations suicidaires post-intervention. Une analyse des distributions à l'aide d'une inspection visuelle des histogrammes et des tests Kolmogorov–Smirnov et Shapiro–Wilk indiqua que la durée des interventions ne suivait pas une distribution normale selon les

différents indicateurs de suicidalité. Des tests-t ont ensuite été effectués et révélèrent des tailles d'effets improbables, confirmant l'anormalité des distributions. L'emploi du test Mann-Whitney a donc été privilégié pour ces analyses.

Des analyses ont été effectuées afin de voir si la fréquence d'emploi des différentes techniques d'intervention différait en fonction de la présence d'un historique de tentative de suicide et de la présence d'idéations suicidaires post-intervention. Une analyse des distributions à l'aide d'une inspection visuelle des histogrammes et des tests Kolmogorov–Smirnov et Shapiro–Wilk indiqua que la fréquence d'emploi des différentes techniques d'intervention ne suivait pas une distribution normale selon les différents indicateurs de suicidalité. Des tests-t ont ensuite été effectués et révélèrent des tailles d'effets improbables, confirmant l'anormalité des distributions. L'emploi du test Mann-Whitney a donc également été privilégié pour ces analyses.

Deux régressions linéaires multiples ont été effectuées sur le sous-échantillon de l'analyse de contenu afin d'évaluer l'impact de la fréquence d'emploi des différentes techniques d'intervention sur le score total au CCORS et sur la mesure d'impact auto rapportée.

Avant de procéder à cette analyse, un examen des passages de verbatims encodés dans Nvivo a été effectué pour chacune des techniques d'intervention afin d'en confirmer la validité. Aucun problème ne fut détecté et toutes les techniques d'intervention affichant un score inter-juge satisfaisant ont été intégré dans les modèles de régression linéaire multiple.

Une analyse préliminaire de la distribution des scores aux variables dépendantes et indépendantes a été effectuée afin de vérifier le respect des postulats de base pour la conduite d'analyses multivariées. 10 participants ont été retirés, car l'analyse de la distance de Mahalanobis révéla qu'ils présentaient des scores multivariés extrêmes pour les deux modèles de régression. La normalité des distributions des résidus a ensuite été confirmée par l'examen des résidus.

Enfin, une analyse de contenu qualitative de 1264 commentaires a été effectuée afin d'identifier les besoins et attentes des jeunes par rapport à l'intervention. Les commentaires étaient très courts et consistaient généralement en quelques mots, et parfois en quelques phrases. Une approche d'analyse déductive avec matrice d'analyse non contraignante a été employée (Elo et Kyngas, 2007). La matrice initiale comprenait les catégories principales *Caractéristiques de l'intervention* et *Caractéristiques de*

*l'intervenant*. En cours de codage, des catégories génériques ont été créées à l'intérieur de ces deux catégories en suivant une logique inductive. Les catégories génériques de la catégorie *Caractéristiques de l'intervention* étaient : durée de l'intervention, accueil et établissement d'un lien de confiance, qualité des suggestions et conseils prodigués, orientation et référence vers des ressources externes. Les catégories génériques de la catégorie principale *Caractéristiques de l'intervenant* étaient : qualités cliniques démontrées par l'intervenant (p. ex. : empathie, respect, sollicitude, etc.) et style de communication de l'intervenant (p. ex. : formel versus informel, langage, etc.).

### 2.3.5 Considérations éthiques

Les participants devaient lire le formulaire de consentement et indiquer qu'ils acceptaient de participer à la recherche avant de répondre au questionnaire post-intervention. Seules les conversations dont les participants ont accepté de participer à l'étude ont été enregistrées et seules les conversations des participants qui répondaient au critère d'inclusion et qui ont été sélectionnés dans le sous-échantillon ont fait l'objet d'une analyse de contenu. Le questionnaire post-intervention contenait plusieurs questions sur le suicide. Lorsqu'un jeune répondait par l'affirmative à l'une de ces questions, un message était automatiquement envoyé par le logiciel de sondage à un responsable chez Tel-jeunes. Le numéro de téléphone du jeune, le verbatim de son intervention, et ses réponses au questionnaire étaient envoyés à ce responsable afin que ce dernier évalue le degré de dangerosité de la situation et, au besoin, entre en contact avec le participant. À aucun moment, la réalisation de cette recherche n'a interféré avec les pratiques des intervenants de Tel-jeunes et les services reçus par les appelants. Les données furent anonymisées par Tel-Jeunes avant leur transmission au CRISE et pourront être conservées pour un maximum de 5 ans. Cette recherche fut approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec à Montréal (certificat no 1048).

### CHAPITRE 3

## ARTICLE 1 – EFFECT OF HELPING SUICIDAL PEOPLE USING TEXT MESSAGING: AN EVALUATION OF EFFECTS AND BEST PRACTICES OF THE CANADIAN SUICIDE PREVENTION SERVICE’S TEXT HELPLINE<sup>1</sup>

Louis-Philippe Côté<sup>(1)</sup>

Brian L. Mishara<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup> Doctoral Candidate, Psychology Department and Research Coordinator, Centre for Research and Intervention on Suicide, Ethical Issues and End of Life Practices (CRISE), Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada

<sup>(2)</sup> Director, Centre for Research and Intervention on Suicide, Ethical Issues and End of Life Practices (CRISE) and Professor, Psychology Department, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada

**Corresponding author:** Professor Brian L. Mishara, CRISE-UQAM, C.P. 8888, Succ. Centreville, Montréal, QC H3C 3P8, Canada email: mishara.brian@uqam.ca

**Conflict of interest disclosure:** None of the authors have any competing interests.

**Funding statement:** This research was financed by Crisis Services Canada. Funding for additional analyses was provided from a donation to Center for Research and Intervention on Suicide and End-of-life practices from the Bell Foundation.

**Ethics approval statement:** Approved by University of Quebec in Montreal ethics committee; certificate no 2788\_e\_2020

---

<sup>1</sup> Article soumis pour publication au *Journal of Suicide and Life-threatening Behavior* le 17 décembre 2021.

**Author Statement:** All authors contributed to the overall design, review, discussion of findings and manuscript preparation. The manuscript is approved by all authors for publication, and they attest that this work is original research and has not been published or submitted elsewhere previously.

**Data availability statement:** The data that support the findings of this study are not publicly available due to privacy and ethical restrictions.

## ABSTRACT

**Background:** Empirical research on best practices in text intervention in suicide prevention are scarce. This paper presents an analysis of exchanges concerning suicide on the Canadian Suicide Prevention Service (CSPS) text helpline.

**Objective:** Our objectives are to describe the users of the CSPS text service, explore the perceived impact of the service and identify characteristics of the interventions that are associated with a greater likelihood of positive or negative effects of the exchanges.

**Methods:** We analysed data from 112 transcripts using quantitative content analysis, counsellor assessments of the calls and responses by callers to pre-call questionnaires

**Results:** Counselors infrequently conducted a complete suicide risk assessment, but almost always thoroughly explored the caller's resources and discussed possible solutions to their problems. An operational action plan was rarely developed with the callers. Only one technique, Reinforcing a strength or a positive action of the caller, was a significant predictor of positive effects of the call. The number of words exchanged during the interventions was positively correlated with the completeness of the exploration of resources and solutions and the development of an action plan.

**Conclusions:** In general, what the counsellors did was helpful to most clients, according to the indicators that were available.

**Keywords:** helpline, suicide, sms, texting, best practices

### 3.1 Introduction

Suicide prevention helplines exist worldwide, with thousands of suicidal people calling daily. Although helpline practices have evolved since their development in the 1950s and 1960s (Mishara, 2012; Mishara & Daigle, 1992), until recently the technology has changed little, apart from improvements in abilities to locate at-risk callers. However, in the last 20 years, there has been exponential growth in also providing help using text messages (SMS) and in internet chat sessions. Providing help by SMS and chat was motivated by the desire to better meet the needs of young people who increasingly use text and chat as a main means of communication. Despite the rapid expansion of chat and text services, there has been little research on which approaches, or characteristics of the help provided are associated with more positive outcomes. This paper presents an analysis of exchanges concerning suicide on the Canadian Suicide Prevention Service (CSPS) text helpline. We describe the users of the CSPS text service, explore the perceived impact of the service and identify characteristics of interventions that are associated with a greater likelihood of positive or negative effects of the exchanges.

**Background.** Many studies have investigated the impact of telephone helplines with suicidal clients. There is evidence that helplines can significantly decrease distress, despair and suicide risk, as well as help callers identify other resources in their community (Gould et al., 2007; King et al., 2003; Mishara et al., 2007b; Mishara & Daigle, 1997). Follow-up studies conducted by Gould et al. (2007) indicate that callers often experience reduced distress for at least three weeks after they receive telephone help. However, one-third of the callers reported they were still considering suicide after their contact, and one in five still had a plan for how they could kill themselves.

Research by Mishara and colleagues (Mishara et al., 2007a, 2007b) found that telephone interventions are more likely to have positive outcomes when the counselor is empathetic and respectful and establishes a good relationship with the caller at the beginning of the call. However, interventions that use a collaborative problem-solving model in which alternative resources and coping skills are identified, more frequently have positive outcomes, when compared to approaches that use only non-directive active listening.

Research on the effectiveness of chat and text help in suicide prevention is scarce. Barak & Bloch (2006) analysed the content of 60 chat transcripts from an Israeli helpline. They found that the number of typed words, for both client and helper, positively correlated with helper's ratings of perceived helpfulness.

Mokkenstorm et al. (2017) analysed the content of 526 transcripts of chat interventions at the Netherlands helpline 113Online, using the classification methodology developed by Mishara et al. (2007b). They then compared the effects of different techniques with changes in several outcome variables (e.g., ambivalence about suicide, hopefulness, sadness, and self-confidence), between the first and last 10 minutes of each intervention. However, they did not identify any intervention characteristics that were associated with differences in the outcomes. Sindahl et al. (2019) analysed post-intervention questionnaires from 444 youths with suicidal ideation who contacted a child helpline in Denmark by SMS. They also conducted a content analysis of 102 intervention transcripts. They found that 35.9% of the service users said they felt better immediately after the intervention, and over half said that by the end of the conversation they had identified things they could do to improve their situation. Positive effects of the exchanges were associated with the counsellor expressing empathy, talking about feelings, and encouraging the youth to talk to someone they know about their situation. Negative effects were more likely when the counselor imposed limits on the callers.

Williams et al. (2020) analysed 838 questionnaires completed by callers to the Australian Lifeline text service. They found significant decreases in reported levels of distress, increases in feelings of connectedness and increased confidence in the callers' ability to cope with their situation. Callers were generally satisfied with the service they received. However, a minority felt that the counsellors' responses seemed to follow a formula and not be authentic. Gould and colleagues (2021) analyzed data from 13,130 post-intervention surveys of users of the National Suicide Prevention Lifeline's chat service. 31.5% said they had more hope, 26.8% said they were less depressed, 37.5% said they felt less overwhelmed by their situation, 45% said they felt less suicidal and 51% indicated they had agreed on an action plan.

The present study consists of an evaluation of the new text service offered by the Canadian Suicide Prevention Service (CSPS). This service, initiated in 2017, is the first pan-Canadian network of suicide prevention and distress centers offering help by chat and text. We analysed data from their text transcripts using methodologies derived from Mishara et al. (2007b), counsellor assessments of the calls, and responses by callers to pre-call questionnaires.

### 3.2 Method

**Participants.** We assessed the first 112 text exchanges received after the 1<sup>st</sup> of April, 2020 that met the inclusion criteria: conversations at least 20 minutes long, some part of the exchange concerns suicide, and the exchange is with the person in distress (third-party conversations concerning others were excluded).

**Procedures and Instruments.** The CSPA automatically records the verbatim transcripts of interventions. Callers are asked to complete a short questionnaire before they begin the text exchange. At the time the study was conducted, there was no post-intervention questionnaires. However, the counsellors completed a report on each session. These data are stored on a secure server and service users are informed that anonymized transcripts and information on their text exchanges would be retained and may be analysed to improve services and for quality assurance.

**Pre-intervention questionnaire.** Before having access to the wait room for text exchanges, CSPA requires callers to complete a short questionnaire. The questionnaire asks the caller's age, sex, level of distress ("How upset are you now?" 1=OK to 5=extremely upset) and about suicidal ideation ("Do you have thoughts of suicide?" Yes or no). These questions were part of the CSPA's practice before the researchers became involved.

**Intervention reports completed by counsellors.** All counsellors use the same computer program to respond to callers. This program includes an online report where counsellors rate caller emotional intensity at the beginning and the end of the exchange (1=emotionally comfortable to 5=overwhelmed and not functioning), and they note indications of suicide risk explored by the counsellor or spontaneously reported by callers (suicidal ideation, attempt in progress, attempt survivor, imminent risk, suicide plan, loss survivor). These reports indicate the counsellor's observations and impressions of the caller and changes during their intervention.

**Characteristics of text exchanges.** We compiled technical characteristics of exchanges, including their duration, total number of words sent by the counsellor and caller, number of letters sent by each and the total number of letters in the exchange.

The reasons for the calls were classified by the first author using the 18 categories developed by Mishara et al. (2007b). After the primary reason for the contact or precipitating event for the call was identified, additional or secondary preoccupations and stressors mentioned by the caller were noted.

The observation tools developed by Mishara and colleagues (2007b) were adapted to assess text interventions. Besides indicating the presence of seven factors associated with suicide risk, research assistants rated the presence of 15 intervention techniques commonly used and promoted in training for telephone and text interventions in suicide prevention. Drawing inspiration from the work of Chardon et al. (2011), we developed three scales to assess the completion of three steps that are supposed to be part of each intervention: evaluation of suicide risk, exploration of resources and solutions, and development of an action plan for after the exchange ends. Table 3.1 lists the topics classified by the research assistants. More details may be found in Mishara et al. (2007b) or by contacting the authors. The effects of the exchange were assessed using a modified version of the Crisis Call Outcome Rating Scale (CCORS) (Bonneson & Hartsough, 1987). This scale was developed to assess the success of telephone help with suicidal callers. Some items were modified to reflect the reality of text exchanges.

**Research assistants and interrater reliabilities.** Six research assistants were trained to code all variables, based upon their reading of the call transcripts. Three were final-year Bachelors students in psychology, and three were psychology doctoral students. After training, in which they independently assessed 30 transcripts and discussed their disagreements, they each coded three transcripts per week, and each week met with the first author and a professional suicide prevention trainer to discuss any disagreements and to reach a consensus. This continued for three months, during which some of the coding classification descriptions were modified to ensure high interrater reliability. They used Nvivo to calculate interrater reliability and to classify the intervention components of the transcripts. When the training was completed, a subsample of 20 transcripts from the final sample was used to assess interrater reliability, using intra-class correlation and Fleiss' Kappa.

Interrater reliability on CCORS was assessed for 39 transcripts. The intra-class correlations on CCORS individual items ranged from 0.634 to 0.919 and the total CCORS score had an intra-class correlation of 0.962 (CI: 0.928 to 0.980) and a Cronbach Alpha of 0.981.

Table 3.1 Inter-rater Reliability (N=20 calls)

<b>Intervention techniques</b>	<b>ICC</b>	<b>Kappa</b>	<b>CI: 95%</b>	
Validation	.941	-	.888	.976
Moral support	.898	-	.811	.957
Reinforcing a strength or a positive action	.865	-	.757	.942
Reformulation	.884	-	.785	.951
Exploration of needs	.653	-	.462	.832
Questions about past and present resources	.841	-	.719	.931
Empowerment: resources & solutions	.869	-	.763	.944
Suggestions: resources & solutions	.855	-	.741	.937
Exploration of precipitating events	-	.670	.543	.796
Encourage to talk to someone – a confidant	-	.631	.504	.757
Encourage to talk with a professional	-	.600	.473	.726
Seeks acceptance of an action plan	-	.536	.409	.662
<b>Degree of completion of steps in the intervention</b>				
Exploration of suicide risk	-	.758	.597	.890
Exploration of resources and solutions	-	.643	.444	.826
Elaboration of an action plan	-	.483	.279	.719

### 3.3 Results

Of the 98 users for whom age was known, the mean was 24.83 years (median=22.5, s.d.=10.86; range=14-62). Most (68.8%; N=77) were women, 25% (N=28) men and 6.3% (N=7) identified as “other.” For callers age 25 and under, there were 4.6 women for each man, and for those over age 25, the ratio of women to men was 1.4 for each man (significant difference,  $\chi^2=5.845$ ,  $df=1$ ,  $p=.016$ ).

Besides discussing suicide, callers mentioned an average of 2.63 other problems (median=2; s.d.=1.54; range=0-7)(see Table 3.2). The most frequent problem was mental health concerns (i.e. symptoms of anxiety or depression; having follow-up by a mental health professional), which was present in 64.3% of calls. Other frequent problems were: family difficulties (42%), relational difficulties (37.5%), school or professional problems (33%) and loneliness or isolation (29.5%). There were no significant differences between men and women or between age groups in the nature of problems.

Table 3.2 Presenting Problems

Nature of the problems	Total (n.112)		Males (n.28)		Females (n.77)		≤ 25 years (n.65)		≥ 26 years (n.33)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Family relationship	47	42	6	21.4	39	50.6	31	47.7	10	30.3
Peer or partner relationship	42	37.5	9	32.1	30	39	27	41.5	10	30.3
School or professional problems	37	33	8	28.6	26	33.8	23	35.4	11	33.3
Legal issues	1	0.9	-	-	1	1.3	1	1.5	-	-
Physical or verbal violence perpetrator	3	2.7	1	3.6	2	2.6	2	3.1	-	-
Pregnancy or abortion	1	0.9	-	-	1	1.3	-	-	-	-
Mental health problems symptoms	72	64.3	19	67.9	48	62.3	37	56.9	24	72.7
Self-harm	20	17.9	3	10.7	16	20.8	14	21.5	3	9.1
Substance abuse	3	2.7	2	7.1	-	-	-	-	3	9.1
Bereavement	12	10.7	5	17.9	7	9.1	4	6.2	5	15.2
Intimidation	4	3.6	-	-	4	5.2	4	6.2	-	-
Victim of verbal or physical violence	11	9.8	-	-	12	15.6	10	15.4	-	-
Loneliness or isolation	33	29.5	11	39.3	19	24.7	19	29.2	10	30.3
Physical illness	7	6.3	2	7.1	4	5.2	3	4.6	3	9.1

According to the pre-test questionnaire, 61.6% reported they were either “very” or “extremely” upset, and the vast majority (94.1%) indicated that they had thoughts of suicide. The counsellors indicated that 73% of the exchanges concerned suicidal ideation (see Table 3.3). Counsellors noted that 19.8% had previously attempted suicide, 2.7% were bereaved by someone who died by suicide, 25.2% had a suicide plan and 8.9% were in imminent danger of attempting suicide. Overall, two-thirds (66%) had only suicidal ideation. The other third also either had a plan about how they would kill themselves or were considered to be in imminent danger of initiating an attempt. There were no significant differences in suicide content associated with the sex or age group.

### 3.3.1 Characteristics of the Exchanges

On average, callers waited 19.25 minutes before they obtained a response and initiated the session (median=7.46; s.d.=25.45; range=0.22-123.97). The average length of exchanges was 76.73 minutes (median=72; s.d.=33.71; range=21-228). On average, the callers sent 34.75 unique messages (median=32; s.d.=18.73; range=6-147) and the counsellors sent about the same on average (mean=35.33; median=31; s.d.=15.77; range=6-102). There was much variation in the mean number of caller words per session

(mean=470.23; median=405; s.d.=139.81; range=61-1896), and counsellor words (mean=626.19; median=595; s.d.=299.76; range=114-1970). Counsellors sent more lengthy messages; on average they replied with 1.75 words for each caller word.

We assessed the extent that suicidality and suicide risk was explored during the exchanges and classified the risk evaluation as absent, superficial, adequate or exhaustive (see Table 3.3). Most of the assessments were classified as superficial (56.6%) or absent (3.5%), because they did not provide precise information on suicide planning. In only 26.5% of sessions, the counselor obtained information on the three elements of planning (how, where and when), or determined the user did not have a suicide plan. Only 13.3% assessed the three planning elements and also assessed the other risk factor: previous suicide attempts, intoxication, and if someone is nearby who knows the person is considering suicide.

We classified the exploration of callers' resources as absent, superficial, adequate, or exhaustive (see Table 3.3). In half of the calls, there was an exhaustive exploration of resources, with multiple resources explored as well as discussion of several means for using resources. In 20.5%, only one resource was explored, including discussion of how to use that resource. In another 20.5%, a resource was identified but there was no discussion about how the resource could be used, and in the remaining 8.9%, there was no information or discussion about the caller's resources.

One of the goals is to end the exchange with suicidal callers by the establishment of an action plan for ensuring that after the exchange ends, the caller will remain secure and has identified actions to help improve the situation. This was not accomplished in most sessions. There is no mention or presence of what can be considered an action plan in 68.8% of sessions (see Table 3.3). In 9.8%, a plan was made but there was no discussion about when or how the plan would be initiated. In 14.3%, a precise plan was discussed with the caller (what, how, when). In 7.1%, a precise plan was discussed, as well as details about how to manage at least one potential obstacle to realizing the plan.

The duration of the exchanges was significantly correlated with the degree of completion of the exploration of resources and solutions ( $r_s=.217$ ,  $p=.022$ ,  $n=112$ ). The number of words exchanged during the conversations was correlated with the degree of completion of the exploration of resources and solutions ( $r_s=.470$ ,  $p<.001$ ,  $n=112$ ) and the development of an action plan ( $r_s=.319$ ,  $p=.001$ ,  $n=112$ ).

Table 3.3 Degree of Completion of Steps in the Intervention

Degree of completion	Steps in the intervention		
	Suicide risk assessment	Exploration of resources and solution	Establishment of an action plan
Absent	4 (3.5%)	10 (8.9%)	77 (68.8)
Superficial	64 (56.6%)	23 (20.5%)	11 (9.8)
Adequate	30 (26.5%)	23 (20.5%)	16 (14.3)
Exhaustive	15 (13.3%)	56 (50.3%)	8 (7.1)

### 3.3.2 Intervention Techniques Used by Counsellors

Table 3.4 indicates the mean frequency of occurrence of intervention techniques in each session. The most frequently used techniques were: validation, moral support, asking about caller's resources, reformulation and suggesting resources and solutions. Counsellors almost universally (88.4%) asked about precipitating events. In 42% of the sessions, they encouraged the caller to talk with someone they know and trust about their problems. In 36.6%, they encouraged the caller to talk with a professional and 38.4% of calls ended with a request that the caller adhere to an action plan after the call.

Table 3.4 Intervention Techniques Used by Counsellors

Intervention techniques	Min.	Max.	Mean	Median	S.d
Validation	0	23	7.69	8	4.029
Moral support	0	19	6.36	6	3.596
Reinforcing a strength or a positive action	0	13	2.88	2	2.744
Reformulation	0	14	3.43	3	2.574
Exploration of needs	0	5	0.64	0	0.985
Questions about past and present resources	0	12	4.59	4	2.933
Empowerment: resources & solutions	0	5	0.73	0	1.004
Suggestions: resources & solutions	0	12	3.49	3	2.691

### 3.3.3 Outcomes of the Calls

According to counsellors' reports, there was a significant decrease in emotional intensity from the beginning (M=3.6; s.d.=.849) to the end (M=2.28; s.d.=.993) of calls ( $t=14.727$ ;  $p<.001$ ). According to counsellors, 48.2% of callers said they were better able to deal with their situation because of the intervention. Counsellors indicated that in 23% of calls, callers explicitly said that they felt better and 25%

said things indicating that there was improvement. There were no significant differences in who improved in caller sex or age.

The mean CCORS score was 101.96 (median=101.5; s.d.=27.6; range=51-172), which is comparable to the CCORS scores reported in similar studies when standard deviations are taken into account (Mishara et al., 2007b = 102.4; s.d.=18.5; Mokkenstorm et al., 2017 = 114.1; s.d.=16.8). There were no significant differences by sex or age group in the scores. The exchange duration was not correlated with CCORS scores. However, the number of words exchanged was correlated with the sum of positive CCORS items ( $r_s=.554$ ,  $p<.001$ ,  $n=112$ ), but not with the sum of negative items.

The total CCORS scores had a normal distribution, but scores on negative and positive impacts were not normal. Therefore, in order to normalize scores for the analyses, the negative impact scores were transformed by  $\log^{10}$ , and a square root transformation was applied to the positive scores. Mahalanobis distance analysis did not identify any extreme multivariate score and the normality of the distribution was confirmed by examinations of the residuals in the linear multiple regression. Only the regression using positive CCORS indicators had significant findings ( $F(8,102)=2.744$ ;  $p<.01$ ) with  $r^2$  of .177 and an adjusted  $r^2$  of .113. The only technique that was statistically significant was reinforcing a strength or a positive action of the caller (see Table 3.5).

Table 3.5 Impact of Intervention Techniques on the CCORS Positive Impact Scores

<b>Intervention techniques</b>	<b>B (SE)</b>	<b>B</b>	<b>T</b>	<b>p</b>
Validation	.070 (.051)	.159	1.362	n. s.
Moral support	-.017 (.066)	-.033	-.250	n. s.
Reinforcing a strength or a positive action	.174 (.077)	.269	2.260	.026
Reformulation	.088 (.073)	.128	1.214	n. s.
Exploration of needs	-.114 (.181)	-.063	-.628	n. s.
Questions about past and present resources	-.117 (.064)	-.192	-1.833	n. s.
Empowerment: resources & solutions	-.238 (.177)	-.135	-1.342	n. s.
Suggestions: resources & solutions	.052 (.071)	.078	.724	n. s.

### 3.4 Discussion

The results indicate that people who use CSPS text service are similar to users of other suicide prevention chat and text services. They have risk factors that are common among suicidal people who

contact helplines. Like most telephone, chat and text helplines, their most common problems were mental health issues, relational problems, family difficulties, school and work difficulties, loneliness, and isolation. Counsellors generally asked about suicide if it was not spontaneously discussed. However, they infrequently explored suicide plans in detail, even after asking about the presence of a plan. They generally did not conduct a complete risk assessment, which they were “required” to do. These findings concur with other research on chat and text help with suicidal callers (Mokkenstorm et al., 2017; Predmore et al., 2017; Sindahl et al., 2019). Drexler (2013) noted that it is difficult to conduct a complete suicide risk assessment with written message exchanges. However, those who did ask additional questions to complete the risk assessment almost invariably obtained answers to all questions. Therefore, it is important that counsellors receive training that encourages them to not refrain from asking all the necessary questions to completely evaluate suicide risk. An alternative would be to include risk assessment questions in pre-session questionnaires.

A positive aspects of the text service is that counsellors almost always explored callers’ resources and discussed potential solutions. Mishara et al. (2007a) concluded in their telephone help study that exploration of resources and solutions was associated with greater likelihood of positive outcomes. However, despite CSPA having an intervention model where calls should end with agreement on an action plan, action plans were infrequently elaborated. This concurs with other research on chat and text that found it difficult to make an action plan at the end of calls because of time constraints (Bambling et al., 2008; Chardon et al., 2011; Drexler, 2013). Nevertheless, we found that when an action plan was elaborated, the caller usually agreed to it. Developing an action plan should be emphasized during counsellor training.

There were both positive and negative indicators call impacts. Positive effects were distributed in a normal curve. However, the negative effects had a bimodal distribution, with the majority of callers having few negative effects and a small minority having many negative effects. This suggests that there is a small subgroup of callers who may not benefit from text or chat services, or who may be “difficult” to help in this context. It is important for future research to identify the characteristics of clients who do not get help and callers who are helped less, in order to determine ways that counsellors may better meet their needs.

This study aimed at identifying promising text-based intervention practices for suicidal persons. Regression models indicated that the frequency of use of different techniques had little impact on the efficacy of the interventions. Only one technique, reinforcing a strength or a positive action, was a significant predictor of positive effects. This result highlights the relevance of this component of the solution-focused approach to suicide prevention. One of the postulates of this approach is that counselors need to validate the strengths and past successes of suicidal people in order to stimulate their resilience (Fiske, 2008).

The number of words exchanged during the interventions was positively correlated with positive CCORS items, the extent of explorations of resources and solutions, and developing an action plan. The number of words exchanged was a better indicator of the quality of the interventions than the length of the sessions. This probably reflects the asynchronous nature of texting communications, and suggests that limiting the duration of exchanges to a short period of time is contraindicated.

#### 3.4.1 Limitations

This is a preliminary study with a relatively small sample, which was necessitated by the limited financial resources available to conduct this investigation. It is possible that if the sample were much larger, this would have increased the power of the statistical analyses so that other findings would have been observed.

The study methodology involved detailed analyses of the content of written text exchanges. However, callers may not express their feelings in the exchanges that focus upon solving problems. Callers may not spontaneously express whether they benefited from the session. It is important in future research to validate observations from content analyses with other data, including interviews and questionnaires that ask a range of questions about callers' experiences of the session and its impact, and from follow up studies of the longer-term impact of the session.

One of the weaknesses in observational research of helpline sessions is the sparsity of validated indicators of positive and negative outcomes. The CCORS is probably the most widely used outcome measure. It has the advantage of indicating actual behaviours, that is, what the caller said or wrote. However, sometimes it may be difficult to determine if it is actually measuring effects of the call, or characteristics of the individual who called. For example, items like "the caller talked about irrelevant

tangents rather than focusing on the problem” may be the result of a counsellor who does not focus the exchange on what is relevant. However, it may be a characteristic of the caller who is impervious to the counsellor’s efforts to get the caller to focus on the problem. Again, it is important to include multiple indicators of outcomes to validate measures such as the CCORS, and to differentiate between general caller characteristics and indicators of the outcome of the counsellor’s intervention.

### 3.5 Conclusions

In general, what the counsellors did was helpful to the vast majority of clients, according to the indicators available to us. Counselors appear to be using a generally helpful approach. Only one technique, reinforcing a strength or a positive action of the caller, was a significant predictor of positive effects of the call. This finding is interesting, since one of the theoretical orientations in suicide prevention is the solution-focused approach, which emphasizes the need to validate the strengths and past successes of suicidal people in order to stimulate their resilience (Fiske, 2008). Although this component of the solution-focused approach has been shown to be helpful, further evaluations should be undertaken to validate the helpfulness of other aspects of this approach. Mokkenstorm et al. (2017), in their study of chat services, warned that it is important to use this approach in a careful manner. They were concerned that putting too much emphasis on what is going well may give the impression that the counsellor is minimizing the client’s real problems. This topic warrants further exploration. We hope that this study will stimulate more research on the effectiveness of text and chat services in order to develop and validate best practices models.

### REFERENCES

- Bambling, M., King, R., Reid, W., & Wegner, K. (2008). Online counselling: The experience of counsellors providing synchronous single-session counselling to young people. *Counselling and Psychotherapy Research, 8*(2), 110-116. <https://doi.org/10.1080/14733140802055011>
- Barak, A., & Bloch, N. (2006). Factors related to perceived helpfulness in supporting highly distressed individuals through an online support chat. *CyberPsychology & Behavior, 9*(1), 60-68. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.60>
- Bonneson, M. E., & Hartsough, D. M. (1987). Development of the Crisis Call Outcome Rating Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(4), 612-614. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.4.612>
- Chardon, L., Bagraith, K. S., & King, R. J. (2011). Counseling activity in single-session online counseling with adolescents: An adherence study. *Psychotherapy Research, 21*(5), 583-592. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.592550>

- Drexler, M. (2013). Crisis chat: Providing chat-based emotional support. Dans B. L. Mishara et J. F. M. Kerkhof (dir.), *Suicide Prevention and New Technologies* (pp.96-110). Palgrave Macmillan. [https://doi.org/10.1057/9781137351692\\_8](https://doi.org/10.1057/9781137351692_8)
- Fiske, H. (2008). *Hope in action: Solution-focused conversations about suicide*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203843819>
- Gould, M. S., Chowdhury, S., Lake, A. M., Galfalvy, H., Kleinman, M., Kuchuk, M., & McKeon, R. (2021). National Suicide Prevention Lifeline crisis chat interventions: Evaluation of chatters' perceptions of effectiveness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(6), 1126-1137. <https://doi.org/10.1111/sltb.12795>
- Gould, M. S., Kalafat, J., Munfakh, J. L. H., & Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 338-352. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.338>
- 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. <https://doi.org/10.1521/suli.33.4.400.25235>
- Mishara, B. L. (2012). How best to help suicidal persons over the telephone and internet. Dans D. Lester et J. R. Rogers (dir.), *Crisis intervention and counseling by telephone and the internet* (3<sup>rd</sup> ed., pp.74-83). Charles C. Thomas.
- Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J. K., & Berman, A. (2007a). Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: A silent monitoring study of calls to the US 1-800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 291-307. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.291>
- Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J. K., & Berman, A. (2007b). 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 US 1-800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 308-321. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.308>
- Mishara, B. L., & Daigle, M. S. (1992). The effectiveness of telephone interventions by suicide prevention centres. *Canada's Mental Health*, 40(3), 24-29.
- Mishara, B. L. et 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), 861-885. <https://doi.org/10.1023/A:1022269314076>
- Mokkenstorm, J. K., Eikelenboom, M., Huisman, A., Wiebenga, J., Gilissen, R., Kerkhof, A. J., & Smit, J. H. (2017). Evaluation of the 113Online suicide prevention crisis chat service: outcomes, helper behaviors and comparison to telephone hotlines. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(3), 282-296. <https://doi.org/10.1111/sltb.12286>

- Predmore, Z., Ramchand, R., Ayer, L., Kotzias, V., Engel, C., Ebener, P., Kemp, J. E., Karras, E., & Haas, G. L. (2017). Expanding suicide crisis services to text and chat: Responders' perspectives of the differences between communication modalities. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38(4), 255-260. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000460>
- Sindahl, T. N., Côte, L. P., Dargis, L., Mishara, B. L., & Bechmann Jensen, T. (2019). Texting for help: processes and impact of text counseling with children and youth with suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1412-1430. <https://doi.org/10.1111/sltb.12531>
- Williams, K., Fildes, D., Kobel, C., Grootemaat, P., Bradford, S., & Gordon, R. (2020). Evaluation of outcomes for help seekers accessing a pilot SMS-based crisis intervention service in Australia. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 42(1), 32-39. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000681>

## CHAPITRE 4

### ARTICLE 2 – IDENTIFICATION OF SUICIDAL CALLERS AT A YOUTH TEXT LINE AND INTERVENTION TECHNIQUES ASSOCIATED WITH POSITIVE OUTCOMES<sup>2</sup>

Louis-Philippe Côté<sup>(1)</sup>

Brian L. Mishara<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup>Centre for Research and Intervention on Suicide, Ethical Issues and End of Life Practices (CRISE), and Psychology Department, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec, Canada

**Corresponding author:** Louis-Philippe Côté, CRISE-UQAM, C.P. 8888, Succ. Centre-ville, Montréal, QC H3C 3P8, Canada, Email: cote.louis-philippe.3@courrier.uqam.ca

This research was financed by Association Québécoise de Prévention du Suicide and the Bell Foundation. This research was approved by University of Quebec in Montreal ethics committee; certificate no 2017-1096 – 1048. All authors contributed to the overall design, review, discussion of findings and manuscript preparation. The manuscript is approved by all authors for publication, and they attest that this work is original research and has not been published or submitted elsewhere previously. The data that support the findings of this study are not publicly available due to privacy and ethical restrictions. This study was not preregistered. None of the authors have any competing interests.

#### ABSTRACT

Our aim was to determine the proportion of suicidal callers to a youth text line, as compared to the proportion identified by counselors, and to explore which counseling techniques are associated with positive call outcomes. We analysed post-intervention questionnaires from 2,276 text callers aged 14 to 21 (85.9% female), conducted a qualitative content analysis of 441 comments, conducted a quantitative content analysis of 452 intervention transcripts and analysed the relationship between the variables and Crisis Call Outcome Rating Scale scores. The post-intervention questionnaire contained items on suicide risk, relief of distress, understanding one's situation, problem solving help received, and two open-ended

---

<sup>2</sup> Article prêt pour soumission au *American Journal of Community Psychology* le 23 mars 2023.

questions asking what they liked most and least about their conversation. 46.5% of callers reported they seriously considered attempting suicide in the past 12 months, 33.7% previously attempted suicide and 35% were experiencing suicidal ideation at the time of contact. Content analysis indicated that only 33.8% of youths having suicidal ideations at the time of contact received a suicide risk assessment. Emphasizing callers' strengths and resources was associated with positive impacts. Youth text lines play a significant role in suicide prevention and must strengthen their capacity to help suicidal callers. Training should encourage emphasizing callers' strengths and resources. **Keywords:** helpline, suicide, sms, texting, best practices

**Highlights:** The results of this study suggest that a significant proportion of youths who contacted a text line were at risk of suicide and had suicidal thoughts at the time of the contact, but that only a small fraction was recognized as suicidal by the counselor. It also suggests that youth text lines must strengthen their capacity to identify suicidal youth and improve counselors' suicide risk assessment skills. Although, in general, counseling styles did not seem to significantly affect the efficacy of interventions, emphasizing callers' strengths and resources was associated with positive impacts.

#### 4.1 Introduction

Over the past 15 years, Canada, Australia, the UK, and the USA have experienced increasing adolescent and young suicide rates (Padmanathan et al., 2020). However, in the province of Quebec, Canada, the adolescent suicide rate has been stable since 2006, but the rate of hospitalizations for suicide attempts increased considerably between 2007 and 2018 (Levesque et al., 2020). The recent rise in adolescent suicides and suicide attempts in high-income countries reminds us of the importance of mental health services for youths, specialized suicide prevention services and general mental health services. Youth text helplines are a major source of mental health help, but their role in suicide prevention is not well documented. Since their mission concerns general mental health, counselors may not systematically ask questions about suicide. Furthermore, there is little empirical basis for guiding text helplines in establishing best practices in helping suicidal youths.

A recent review of research on youth helplines indicated that, depending on the study, between 4% and 20% of calls concern suicide-related issues (Mathieu et al., 2020). However, these figures are based upon call logs data, and are likely to underestimate the actual number of suicidal callers (Sindahl et al., 2019). Youth helplines generally do not have a policy of systematically assessing suicide risk, since their mission

is not specific to suicide prevention. As a result, young people who have suicidal ideation but call to discuss other issues are not always identified as “suicide” calls in the organization’s statistics. In the absence of reliable data on the proportion of calls that come from young people at risk of suicide, it is difficult to assess the role these helplines play in preventing youth suicide.

The role of youth helplines in youth suicide prevention is also likely to increase with the advent of chat and text-based intervention services. Traditionally, adolescents have made little use of suicide prevention telephone helplines and often have negative attitudes toward these resources (Gould et al., 2006). Yet, the number of suicidal young people contacting helplines has increased significantly with the advent of chat and text-based interventions (Drexler, 2013; Mokkenstorm et al., 2017; Williams et al., 2021). It appears that suicidal young people are more comfortable seeking help and disclosing suicidal ideation using written communications (Drexler, 2013).

#### 4.1.1 Research Context and Objectives

Several studies have researched best practices in telephone suicide prevention (e.g. Mishara et al., 2007b). However, data on good practices for text and chat interventions are scarce. One study, conducted as part of the evaluation of the BørneTelefonen Youth Line text service in Denmark (Sindahl et al., 2019), explored identifying best practices for text intervention in suicide prevention. They found that expressing empathy, discussing emotions, and encouraging callers to talk to a trusted adult were associated with positive impacts. Attempting to regulate youths’ behaviors and expectations during the session was associated with negative impacts. Another study, conducted as part of an evaluation of the Canada Suicide Prevention Service text line, found that highlighting callers' strengths and past successes was associated with positive impacts (Côté & Mishara, 2022). More research is needed to identify helpful intervention practices for chat and texting.

This study analysed text communications at the Tel-Jeunes youth text line, a Quebec, Canada resource that provides counseling services by telephone, e-mail, chat, and text message to youths aged 5 to 21. Their goal is to listen, support, and inform young people about the topics and issues that concern them. For 2017-2018, the organization's internal data indicated that 10% of contacts were about suicidal thoughts or behaviors .

Meetings were held with the helpline stakeholders (counselors, clinical supervisors, service management) to discuss their needs and practices with suicidal youth, and to identify the evaluation questions and methodology. The clinical supervisors were involved from the start of the project and actively participated in the training of the research assistants. The results were presented and discussed with the helpline stakeholders. They were actively involved in interpreting the results and identifying their implications.

This study has two components: 1. to identify suicidal callers to the Tel-Jeunes youth text line, identify their characteristics and determine the proportion of callers who are suicidal; and 2) to examine the impact of texting interventions on suicidal callers and identify characteristics of interventions that are associated with more positive and negative call outcomes.

## 4.2 Method

### 4.2.1 Recruitment and Sampling Procedure

Recruitment was conducted by an invitation message sent to all callers who contacted the Tel-Jeunes text service from January 31, 2017, to February 25, 2018. When an intervention ended, a text message was automatically sent to the callers to invite them to complete a short post-intervention questionnaire. The same cell phone number could only complete the questionnaire once to prevent callers from completing multiple questionnaires. A total of 2,276 callers aged 14 to 21 completed the post-intervention questionnaire. We were unable to calculate the exact response rate because the organization changed its customer relationship management systems (CRM) during the study period. However, the Tel-Jeunes annual report indicated that 7,562 text interventions with people aged 14 to 20 were conducted from April 1, 2017 to March 31, 2018. Even if these twelve months do not correspond perfectly to the twelve months of our data collection, we estimate at a minimum, a 30% response rate (only 26 young people in our sample were 21 years old). It is also very likely that the response rate was much higher, since there is generally a significant number of text-lines callers who call several times a year (Sindahl et al., 2019; Szlyk et al., 2020).

A stratified random subsample of 462 interventions with callers who reported suicidal ideation in the past 12 months was selected to conduct a content analysis of their transcripts. To maximize the chance of having callers with different levels of suicide risk in the subsample, we stratified the randomization by suicide attempt history, since this is a major risk factor for suicide. 231 transcripts were randomly

selected from 428 interventions with callers who reported attempting suicide, and 231 transcripts were randomly selected from 413 interventions with callers who did not report attempting suicide.

To be included in the content analysis, the interventions had to be with callers between age 14 and 21, who indicated they felt bad or very bad just before their contact with Tel-Jeunes in their response to the post-intervention questionnaire. Exclusion criteria were conversations lasting less than 20 minutes (too short to conduct a proper assessment), calls only involving an information request, and calls in which the caller discussed only the situation of another person. Overall, 14 interventions were excluded because the caller discussed only the situation of another person.

#### 4.2.2 Ethical Considerations

This study was approved by the Ethics Research Board of the Université du Québec à Montréal. The post-intervention questionnaire contained several questions about suicide. When a caller answered yes to any of these questions, a message was automatically sent to a Tel-Jeunes manager with the caller's telephone number, the intervention transcript and responses to the questionnaire. The manager assessed the level of danger and, if necessary, contacted the caller.

#### 4.2.3 Instruments

##### 4.2.3.1 Post-intervention questionnaire

This questionnaire asked the caller's age, gender, emotional state prior to the intervention (Before my conversation with Tel-Jeune, I felt: 1-Very bad to 4-Very good), the impact of the intervention on relief of distress (My conversation with Tel-Jeune helped me feel better: 1-Strongly agree to 4-Strongly disagree), understanding of one's situation (My conversation with Tel-Jeune helped me better understand my situation: 1-strongly agree to 4-strongly disagree), and help received to solve a problem (My conversation with Tel-Jeune helped me find a solution to my problem: 1-Strongly agree to 4-Strongly disagree), the presence of a history of suicide attempts (Have you ever tried to commit suicide?), the presence of serious suicidal ideation in the past 12 months (In the past 12 months, have you seriously consider committing suicide? ), and a French translation of the suicide and self-harm item of Beck's Short Depression Inventory (Collet & Cottraux, 1986) (Choose the number that most closely corresponds to your current state of mind: 1-I am not thinking of hurting myself, 2- I think death would set me free, 3-I

have a definite plan to kill myself, 4-I would kill myself if I could). The post-intervention questionnaire concluded with two open-ended questions asking callers what they liked most and least about their conversation.

#### 4.2.3.2 Coding form for intervention and suicide risk assessment practices and presenting problems

A coding form was developed to describe the intervention and suicide risk assessment behaviors of counselors. This was an adaptation for text interventions of the methods used by Mishara et al. (2007b) during their evaluation of the telephone intervention practices of the United States national suicide prevention helpline network. This coding form was previously used in an evaluation of the Canada Suicide Prevention Service text line (Côté & Mishara, 2022). Items concern the nature of questions asked by counselors when they assess suicide risk, and the intervention techniques they used (see electronic supplemental material). Four research assistants were trained in the use of this coding form (three psychology doctoral students, and a third year psychology bachelor's degree student). All research assistants had experience working in suicide prevention telephone interventions.

Training of the research assistants to establish valid coding with good inter-rater reliability was conducted using randomly selected from interventions that were not included in the experimental sample. Research assistants were asked to code three transcripts per week. Over six weeks, once a week the first author and a suicide prevention trainer met with the research assistants to discuss their coding. Some coding items were modified during the training to better capture the specifics of the texting interventions, and to promote consensus on the coding. A sample of 50 transcripts were then used to assess the inter-rater reliability (see Table 1). The reliability of the items indicating the frequency of use of various intervention techniques was calculated using the intra-class correlation coefficient ( $M=.740$ , range= .547-.881). The distributions of two less frequently used techniques, Reinforcing a strength or a positive action and Setting boundaries, were skewed. The Linear Weighted Kappa Index was therefore used to calculate the inter-rater reliability for these techniques. Average coefficients are reported in Table 1. The reliabilities of items describing suicide risk assessment practices were calculated using Fleiss' Kappa index ( $M= .753$ , range= .593 - .812). Three intervention techniques (questions on feelings, questions on needs and expectations, reframing) and an intervention comprehensiveness scale (see Mishara & Côté, 2022) were not retained due to low inter-rater agreements. All other variables in the coding form are presented in Table 1 and the results section. Research Assistants coded the transcripts using Nvivo 11 software. Lists of transcript excerpts corresponding to the use of each intervention

technique were constructed using this software. The issues discussed during the exchange were classified by the first author using the categories developed by Mishara and colleagues' (2007b) according to 18 types of problems (e.g., family problems, marital problems, financial problems, mental health problems, etc.).

#### 4.2.3.3 Crisis Call Outcomes Rating Scale

A version modified for the context of texting of the Crisis Call Outcomes Rating Scale (CCORS; Bonneson and Hartsough (1987)) was used to describe the impact of interventions. The CCORS is a validated scale for describing the presence of indices of the success or failure of telephone interventions with suicidal callers. Two bachelor's degree psychology students with experience in telephone interventions were trained for 30 hours to code the CCORS. After completing the training, they coded 50 additional transcripts on which intra-class correlations and Fleiss Kappa coefficients were calculated to establish inter-rater reliability (ICC=.940; C.I. .90 - .972), as well as Cronbach's alpha ( $\alpha = .92$ ).

Table 4.1 Inter-rater Reliability

<b>Counselors' behaviors</b>	<b>ICC</b>	<b>Kappa</b>	<b>CI: 95%</b>	
<i>Suicide risk exploration</i>				
Thoughts of suicide	-	.593	.522	.665
Suicide Plan	-	.768	.672	.864
Sense of control	-	.772	.683	.861
Prior attempts	-	.867	.791	.943
Is caller alone?	-	.726	.646	.806
Is caller intoxicated?	-	.812	.725	.899
<i>Intervention techniques: frequency of use</i>				
Validation	.706	-	.594	.803
Moral support	.843	-	.767	.900
Reinforcing a strength or a positive action	.804	-	.711	.876
Psychoeducation	.588	-	.420	.727
Setting boundaries	.547	-	.406	.683
Questions on past and present resources	.804	-	.693	.880
Empowerment: resources & solutions	.881	-	.824	.925
Suggestions: resources & solutions	.736	-	.616	.830

#### 4.2.4 Analysis

##### 4.2.4.1 Statistical Analysis

For each quantitative analysis, we checked the respect of statistical assumptions for conducting parametric statistical analyses: normal distribution of scores, equality of variance for groups comparisons, normality of residuals and multivariate outliers for multiple linear regressions (Tabachnik & Fidel, 2007). When these statistical assumptions were not met, non-parametric analysis were conducted.

.

##### 4.2.4.2 Qualitative Analysis

A qualitative content analysis of transcript excerpts was undertaken by the first author, using an inductive, data-driven approach (Elo & Kyngas, 2007) of content were intervention techniques that were associated with positive or negative outcomes. Excerpts were categorized in terms of the similarity of the contexts in which these techniques were used. These categories are presented in detail in the results section.

Users' comments were analyzed by the first author using a deductive analytic approach with an unconstrained coding matrix (Elo & Kyngas, 2007). The main categories used in the initial coding were "Intervention Characteristics" and "Counselor Characteristics." Sub-categories were created during the coding process using a data driven inductive approach. Sub-categories for Intervention Characteristics were "Duration of the intervention", "Welcome and establishing a relationship," "Quality of suggestions and advice given," and "Orientation and referrals to external resources." Subcategories for Counselor Characteristics were: "Clinical Qualities" and "Communication Style".

#### 4.3 Results

##### 4.3.1 The Proportion of Callers at Risk of Suicide

Of the 2,136 participants who responded to the question on the presence of suicidal ideation in the last 12 months, 994 (46.5%) stated that they had seriously considered committing suicide in the last year. Of the 2,132 participants who answered the question about the presence of a history of suicide attempts, 739 (33.7%) said they had attempted suicide. Of the 2,120 participants who responded to the BDI suicide item on the post-intervention questionnaire, 1,378 (65%) indicated "1- I don't think about hurting

myself” ; 481 (21.8%) “2- I think death would set me free”; 40 (1.9%) “3- I have specific plans to kill myself” ; 245 (11.3%) “4- I would kill myself if I could”.

#### 4.3.1.1 Exploration of suicide risk

Table 4.2 presents responses to the BDI suicide item by the 462 callers included in the content analysis sample. Level 2 of the item (“I think death would set me free”) may capture anything from passive thoughts on death to suicidal ideation with intent. The cut-off of 2 was chosen to categorize callers as presenting with post intervention suicidal ideation. Overall, 308 (66.7%) reported post intervention suicidal ideation.

Table 4.2 Responses to the BDI suicide item in the content analysis sample.

	<b>Content analysis Sample</b>	<b>Disclosed suicidal thoughts</b>
<b>Post intervention suicidal ideations:</b>	<b>N=462</b>	<b>N=117</b>
1- I am not thinking of hurting myself	153 (33.1%)	13 (11,1%)
2- I think death would set me free	192 (41.6%)	55 (47%)
3- I have a definite plan to kill myself	12 (2.6%)	8 (6.8%)
4- I would kill myself if I could	104 (22.5%)	40 (34%)

Of the 308 callers who had suicidal ideation post-intervention, only 117 (37.9%) disclosed suicidal thoughts during the intervention. In 73 of these 117 interventions (62.4%), the caller spontaneously disclosed the suicidal ideation before the counselor broached the subject. An exploration of suicidal planning was then conducted in 56 interventions (47.8%). The other indicators of suicide risk were rarely explored (see Table 4.3).

Table 4.3 - Exploration of the suicide risk of youth who disclosed suicidal thoughts (N=117)

<b>Risk factors</b>	<b>Neither revealed nor explored</b>	<b>Spontaneously revealed by the caller</b>	<b>Explored by counselor</b>
Thoughts of suicide	0 (0%)	73 (62.4%)	44 (37.6%)
Suicide Plan	59 (50.42%)	2 (1.7%)	56 (47.8%)
Sense of control	88 (75.2%)	8 (6.8%)	21 (17.9%)
Prior attempts	79 (67.5%)	14 (11.9%)	24 (20.5%)
Is caller alone?	87 (74.4%)	7 (5.9%)	23 (19.6%)
Is caller intoxicated?	107 (91.5%)	3 (2.5%)	7 (5.9%)

#### 4.3.2 Characteristics of Callers who are at Risk for Suicide

For the total sample, including youth with and without suicidal ideation, the mean age was 16.34 (Mdn=16, s.d.=1.791, range= 14-21, n= 2,276). Callers who had thought about suicide in the past 12 months were slightly younger (Mdn= 16, M= 16.24) than those who had not had serious suicidal ideation in the past year (Mdn=16, M=16.45, U= 608011.5, P=.004). Callers who reported the presence of post intervention suicidal ideation were also somewhat younger (Mdn= 16, M= 16.18,) than those who responded “I am not thinking about hurting myself ” (Mdn=16, M=16.44, U= 465296, P=.001).

For the total sample, including youth with and without suicidal ideations, 1,955 (85.9%) were girls, 259 (11.4%) were boys, 17(0.7%) identified as transgender, and 38 (1.7%) answered “I wonder about my gender.” No association between gender and thoughts about suicide in the past 12 months, prior suicide attempts or post-intervention suicidal ideation was observed.

Table 4.4 presents the issues discussed by the 462 callers who seriously considered committing suicide during the past year. The issues most frequently discussed were symptoms of mental health problems (44.8%), relationship difficulties with peers or love problems (38.1%), and family problems (27.8%).

Those who had attempted suicide more often reported physical or verbal abuse ( $X^2(1, N=462) = 4.310, p=.038$ ; Cramer's V = .097). Callers who indicated post-intervention suicidal ideation more often reported self-harm ( $X^2(1, N=462) = 11.302, p=.001$ ; Cramer's V = .157). Callers who disclosed suicidal ideation during the intervention reported more self-harm ( $X^2(1, N=462) = 19.076, p=.000$ ; Cramer's V = .203) and problems related to loneliness or isolation ( $X^2(1, N=462) = 4.048, p=.044$ ; Cramer's V = .094).

Table 4.4 Issues Discussed by 462 Callers who Had Seriously Considered Committing Suicide During the Past Year

<b>Problems discussed</b>	<b>Content analysis sample N=462</b>	<b>Reported prior suicide attempt N=231</b>	<b>Indicated post-intervention suicidal ideation N=308</b>	<b>Disclosed suicidal thoughts in exchange N=117</b>
Mental health problems	207 (44.8%)	99 (42.9%)	144 (46.8%)	61 (52.1%)
Peer or partner relationships	176 (38.1%)	94 (40.7%)	118 (38.3%)	43 (36.8%)
Family relationships	128 (27.8%)	68 (29.4%)	81 (26.4%)	32 (27.6%)
Victim of violence	70 (15.2%)	43 (18.6%) *	46 (14.9%)	19 (16.2%)
Self-harm	66 (14.3%)	38 (16.5%)	56 (18.2%) **	31 (26.5%) ***
Loneliness or isolation	65 (14.1%)	31 (13.4%)	47 (15.3%)	23 (19.7%) *
School or professional	43 (9.3%)	19 (8.2%)	33 (10.7%)	13 (11.1%)

problems				
Bullying (at school)	27 (5.8%)	17 (7.4%)	19 (6.2%)	8 (6.8%)
Substance abuse	20 (4.3%)	9 (3.9%)	12 (3.9%)	4 (3.4%)
Bereavement	16 (3.5%)	9 (3.9%)	12 (3.9%)	6 (5.1%)
Physical illness	14 (3%)	9 (3.9%)	5 (1.6%)	2 (1.7%)
Pregnancy or abortion	9 (1.9)	6 (2.6%)	5 (1.6%)	0 (0%)
Perpetrator of violence	5 (1.1%)	3 (1.3%)	4 (1.3%)	1 (0.89)

\* P ≤ .05; \*\*P ≤ .01; \*\*\* P ≤ .001

#### 4.3.3 Impact of the Service on Callers at Risk of Suicide

Table 4.5 presents the participants' responses to the impact variables on the post-intervention questionnaire. Since these measures were highly correlated, they were aggregated into a single self-reported impact variable for statistical analyses.

Table 4.5 Responses to impact measures for total sample and content analysis sample

Self-reported Impact	Total sample		Content analysis sample		
	Have considered attempting suicide in the past year		No post-intervention suicidal ideation	Post-intervention suicidal ideation - Have disclosed their suicidal thoughts?	
	No	Yes	No	Yes	Yes
Felt better	934 (81.8%)	727 (73.3%)	111 (80.4%)	146 (71.6%)	65 (63.1%)
Better understanding of situation	875 (76.6%)	655 (65.9%)	102 (73.4%)	135 (66.2%)	53 (52.5%)
Have found possible solutions	817 (71.5%)	602 (60.6%)	96 (69.1%)	126 (61.8%)	49 (47.6%)

Callers who seriously considered attempting suicide in the past 12 months reported a lower score on the self-reported impact variable (Mdn=9, M=8.17 ) than those who did not think about suicide (Mdn= 9, M=8.82; U= 672108, P= ≤.001). Among callers who seriously considered attempting suicide in the past 12 months, those who reported suicidal ideation post intervention has a lower score on the self-reported impact variable (Mdn=8, M=7.9 ) than those who responded “I am not thinking about hurting myself” (Mdn= 9, M=8.65; U= 87378 , P= ≤.001).

There was a positive correlation between the self-reported impact variable and the CCORS scores (rs(451) = .494, P= ≤.001). The mean CCORS score was 124.96 (Mdn=126, s.d.= 16.69, range= 79 - 163).

Interventions with callers who attempted suicide in the past had lower CCORS scores (Mdn=124) than those who had not (Mdn= 129; U= 30086.5, P=.011). Interventions with callers with post intervention suicidal ideation had lower CCORS scores (Mdn=129) than those who had not (Mdn=124.5; U=19081, P=002).

Kruskal-Wallis tests were performed to compare self-reported impact variable and CCORS scores of callers with no suicidal ideation post-intervention, callers with suicidal ideation post-intervention who did not disclose their suicidal thoughts, and callers with suicidal ideation post-intervention who disclosed their suicidal thoughts. Kruskal-Wallis omnibus test was significant for the self-reported impact variable ( $P \leq .001$ ). Dunn's post-hoc pairwise tests indicated that callers with suicidal ideation post-intervention who disclosed their suicidal thoughts reported lower scores (Mdn=7) than callers with no suicidal ideation post-intervention (Mdn=6;  $P \leq .001$ , adjusted using the Bonferroni correction). There was no evidence of a difference between the other pairs. Kruskal-Wallis omnibus test was significant for the CCORS scores ( $P \leq .001$ ). Dunn's post-hoc pairwise tests indicated that interventions with callers with suicidal ideation post-intervention have lower CCORS scores than interventions with callers with no suicidal ideation post-intervention ( $P \leq .001$ , adjusted using the Bonferroni correction). Post-hoc tests indicated no statistically significant differences between the CCORS scores of intervention with suicidal callers who disclosed their suicidal thoughts and the scores with callers who did not disclosed their suicidal thoughts.

#### 4.3.4 Impact of the Frequency of Use of Various Intervention Techniques

Overall, interventions were generally fairly directive (see median in Table 4.6). The most frequently used techniques were: validation, moral support, psychoeducation, questions about past and present resources and suggesting resources and solutions. Interventions with callers who disclosed suicidal ideation were characterized by more moral support (Mdn= 2 VS 1; U= 24875.5,  $P \leq .001$ ), more emphasis on the caller's strengths and successes (Mdn= 0 VS 1; U= 23414.5,  $P = .003$ ), and less psychoeducation (Mdn= 0 VS 1; U= 16347,  $P = .002$ ). Interventions with callers having a history of suicide attempts contained less psychoeducation (Mdn= 1 VS 2; U= 30369,  $P = .009$ ) and fewer suggestions of resources and solutions (Mdn= 3 VS 3; U= 29331,  $P = .049$ ). The mean duration of the 462 interventions was 36.05 minutes (Mdn=33, s.d.=13.592, range: 15 - 127).

Table 4.6 Intervention Techniques Used by Counsellors

<b>Intervention techniques</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>S.d</b>
Validation	0	7	1.71	1	1.479
Moral support	0	10	1.79	2	1.453
Reinforcing a strength or a positive action	0	4	0.67	0	0.902
Psychoeducation	0	11	2.01	2	1.955
Setting boundaries	0	4	0.30	0	0.651
Questions about past and present resources	0	8	1.36	1	1.360
Empowerment: resources & solutions	0	9	0.48	0	0.869
Suggestions: resources & solutions	0	13	2.96	3	1.796

Multiple linear regressions were performed on the content analysis subsample to assess the impact of the frequency of use of the different intervention techniques on the CCORS scores and on the callers' self-reported impact measure. Sixteen participants were removed because Mahalanobis distance analysis revealed that they had extreme multivariate scores for both models. For the regression model with the self-reported measure as the dependant variable, seven additional participants were excluded because they had missing values. The normality of the distributions was confirmed by examination of the residuals. The regression model with CCORS as the dependent variable was significant ( $F(8, 438) = 2.800$ ,  $p \leq .005$ ) with a low  $r^2$  of .049 and an adjusted  $r^2$  of .031. Reinforcing a strength or a positive action and setting boundaries (which was negatively associated) were the only statistically significant predictors (see Table 6). The regression model with the self-reported impact measure as the dependent variable was also significant ( $F(8, 431) = 2.134$ ;  $p.032$ ) with a low  $r^2$  of .038 and an adjusted  $r^2$  of .020. The only statistically significant predictor was setting boundaries (negatively associated) (see Table 4.7). Hierarchical regression models exploring the presence of interactions between the frequency of use of the intervention techniques and suicide risk variables (prior suicide attempts, post-intervention suicidal ideations) yielded no significant results.

Analyses of the transcript passages indicate that the intervention technique of "Reinforcing a strength or a positive action" was used when counsellors:

- praised callers for realizing they need help or for asking for help,
- praised callers for the way they acted in a situation,
- pointed out qualities, often their courage, strength, perseverance, or resilience,

- mentioned that callers demonstrated a good understanding of their situation or that they described it well,
- validated the solutions identified by callers, or the small steps they have already taken to solve their problems.

Analysis of the transcript passages found that “Setting Boundaries” was used when counsellors:

- asked the caller at the beginning of the intervention to choose one topic of discussion from all the issues they raised,
- told callers they cannot help them if they do not answer their questions,
- insisted on getting information (for example, for suicide risk assessment),
- told callers they cannot tell them what to do because it is their choice or decision to make,
- told callers they cannot diagnose a psychological or medical condition,
- told callers that what they can do is limited by texting, and that the caller should telephone to discuss their problems further,
- told callers that there is only so much they can do to help them and that they should contact health resources to meet with a specialist for follow-up,
- emphasized the time allotted for the intervention, either by stating a maximum number of minutes at the beginning, pointing out that the conversation is about to end, or by stating that the time allotted is up and they need to conclude the conversation.

Table 4.7 Regression Models of the Association Between Using Various Intervention Techniques and Intervention Outcome Ratings on the Crisis Call Outcome Rating Scale and Callers’ Self-reported Impact Assessments

Intervention techniques	Crisis Call Outcome Rating Scale (CCORS)				p
	B	B (SE)	CI: 95%		
			LL	UL	
Validation	.030	.343 (.569)	-.776	1.462	n. s.
Moral support	.013	.151 (.576)	-.982	1.283	n. s.
Reinforcing a strength or a positive action	.106	1.980 (.887)	.236	3.724	.026
Psychoeducation	.080	.706 (.413)	-.106	1.518	n. s.
Setting boundaries	-.158	-4.663 (1.389)	-7.393	-1.933	≤.001
Questions about past and present resources	-.015	-.186 (.617)	-1.400	1.027	n. s.
Empowerment: resources & solutions	-.070	-1.592 (1.116)	-3.785	.601	n. s.
Suggestions: resources & solutions	.034	.331 (.470)	-.592	1.254	n. s.

Intervention techniques	Self-reported Impact				p
	B	B (SE)	CI: 95%		
			LL	UL	
Validation	-.057	-.076 (.067)	-.207	.055	n. s.
Moral support	.002	.002 (.067)	-.130	.134	n. s.
Reinforcing a strength or a positive action	.052	.112 (.104)	-.091	.316	n. s.
Psychoeducation	.065	.067 (.049)	-.030	.164	n. s.
Setting boundaries	-.139	-.488 (.168)	-.817	-.158	.004
Questions about past and present resources	-.038	-.055 (.071)	-.196	.085	n. s.
Empowerment: resources & solutions	-.091	-.236 (.130)	-.492	.019	n. s.
Suggestions: resources & solutions	.042	.047 (.055)	-.061	.155	n. s.

#### 4.3.5 Callers' Comments on the Intervention Callers' Perceptions of which Intervention Practices are Helpful, and Which are Not.

Overall, 441 callers at risk of suicide left a comment in the post-intervention questionnaire indicating what they liked most and least about the intervention. Many callers complained that insufficient time was allotted to them. They sometimes felt that counsellors do not really listen to them and are in a hurry to move on to another call. They liked to confide in friendly counsellors who take the time to welcome them, make them feel comfortable and gain their trust. They liked it when they felt that counsellors were genuinely trying to understand what they are going through without judging them, and that they really wanted to help. They appreciated it when counsellors used simple, natural language rather than formal, scripted language.

They often complained that counselors do not give them specific advice, that the information and suggestions given were generalities they already knew, or that the solutions they suggested are not realistic or feasible. They would like counsellors to share more of their opinions and give them concrete suggestions for strategies or solutions that they can, and are willing to apply to their situation. They did not want to be systematically referred to health professionals or psychosocial services. They sometimes felt that counsellors wanted to get rid of them by referring them to outside resources. Several callers mentioned that they would benefit from follow-up and want to be accompanied in the various steps they must take to solve their problems.

One caller's comment vividly illustrates the importance of taking the time to develop trust at the beginning of the call, and highlights the possible iatrogenic effects of an overly rushed intervention:

"I have to say that one time Tel-Jeunes really helped me. The person right from the start said "Hello I'm a counselor and I'm here for you.", which made me feel confident. She tried to find as many solutions as possible and that was great, it really helped me, but tonight I got "Hello, I have 20min." #pressure. Then I explained my problem and was told to see a shrink, no questions about why I feel this way, nothing! Being told to go to a shrink when my problem is being scared and not being able to approach people easily doesn't help me. Just sending my text was a big moment of asking myself if I could, if I should... The answer I got, yes, maybe I should go see a shrink, but I know I won't. Tel-Jeunes was my resource tonight and it didn't help me at all... Do I feel better? Not at all, it's the opposite, I feel even more lost! It's like my whole world is falling apart, but I really, really want to say that one day Tel-Jeunes really helped me when it was feeling really bad... So, thanks to the person who was able to help me that day, and tonight maybe I'm the problem, I apologize. Maybe the counselor did the right thing, and I am the problem!"

#### 4.4 Discussion

For 2017-2018, the organization's statistics indicated that 10% of contacts were about suicidal ideation or behavior. Yet, our results indicate that 46.5% of callers who responded to the questionnaire between February 2017 and 2018 had seriously considered committing suicide in the past year, 33.7% had previously attempted suicide, and 35% were experiencing suicidal ideation at the time of contact. Our content analysis of the interventions indicated that only 33.8% of callers who had suicidal ideation post-intervention received a suicide risk assessment. Furthermore, when a suicide risk assessment was conducted, it was often (62.4%) when it was the caller who broached the subject of suicide.

A strength of the present study is that each questionnaire corresponded to a different telephone number. Our results are therefore a good indication that a significant proportion of callers are at risk of suicide, but that their suicidal ideation is not discussed because counselors generally do not systematically ask about suicide. Discussions with the helpline were held to discuss the possibility of implementing a policy of systematically assessing suicide risk. It was suggested that this could be facilitated by adding one or more pre-intervention questions about suicide. However, the impact of adding a pre-intervention suicide screening questionnaire must be assessed to avoid unanticipated negative iatrogenic effects.

In our sample, the issues most frequently discussed were symptoms of psychological problems (44%), peer or partner relationships (38.1%), and family problems (27.8%). Self-harm (26.5%) and problems related to loneliness and isolation (19.7%) were more present among callers who disclosed

suicidal thoughts. Being a victim of physical or verbal violence was associated with having attempted suicide in the past. When we compared our results to the organization's statistics, we found that the most frequent issues in our sample were also the ones most often discussed by all helpline callers, except for sexuality which was discussed more frequently, in 15% of all contacts. Thus, the reason for contact do not seems to be an effective screening criterion for identifying suicidal callers. However, callers at risk of suicide appear to be overrepresented in all categories, especially family problems (our sample= 27.8% vs call log data=8%). Self-harm and violence were much more often discussed by the suicidal youths in our sample. Overall, the content of discussions we observed are consistent with what was observed in other youth text lines (Sindahl et al., 2019; Szlyk et al., 2020).

This study also aimed at identifying promising text-based intervention practices for youths at risk of suicide. Regression models indicated that the frequency of use of most techniques had little impact on the efficacy of the interventions. Only one technique, reinforcing a strength or a positive action, was associated with positive impact. This is the second study to identify this technique as a promising practice for texting intervention (Côte & Mishara, 2022). This technique is one characteristic of the solution-focused approach to suicide prevention, which postulates that counselors need to validate the strengths and past successes of suicidal people in order to stimulate their resilience (Fiske, 2012). However, this technique can also be used independently as part of other intervention approaches.

As previously reported by Sindahl et al. (2019), setting boundaries was associated with negative impact. This technique appears to have been used more often in exchanges with “difficult” callers and in situations where the counselor attempted to reframe the caller's expectations of the services the organization could provide. Setting boundaries may be used for theoretical reasons, such as believing that a helpline would be most beneficial by limiting the length and nature of contacts as part of their philosophy that they should give priority of acute crisis interventions (Iversen & Westerlund, 2022). It may also be justified for practical reasons: When helplines have limited resources, they may believe that it is best to help more people with briefer contacts, rather than providing longer interventions and not being able to provide help to all callers. The premises underlying these beliefs need to be validated by empirical research. However, the finding that setting limits is associated with poorer call outcomes should motivate helplines to question the efficacy of continuing their current boundary setting practices.

Past research on telephone hotlines for suicidal people have found that the benefits of a more directive, collaborative problem-solving approach only hold in situations where a good contact with the client was made by an empathetic and respectful helper at the beginning of the call (Mishara et al, 2007b). From the comments of the youth in this study, it appears that this is also the case for text-based intervention.

Youth text lines are generally promoted as dealing with a wide range of problems that young people experience, with suicide being one of a multitude of difficulties they call about. However, the high proportion of callers with serious suicidal ideation, planning and past attempts that we identified among callers, indicates the important role that youth text times play in suicide prevention, Youth text lines would profit from being more integrated into the suicide prevention community. Furthermore, they must have access to the resources necessary to help young people who are thinking about suicide, for example, by having systematically providing all their workers with suicide prevention specialized training. Without these resources, youth text lines risk being unprepared to assess suicide risk and effectively help their suicidal callers. Youth text lines should be recognized for their important role in suicide prevention and ensure that they are prepared to identify and intervene with their suicidal callers.

#### 4.4.1 Limitations

In this study, we measured the presence of suicidal ideation post-intervention with a single item. In addition, this translation of the BDI-SF item mixes less explicit language (thinking “death will set me free”) with plans to engage in suicidal behaviors. As a result, we were unable to determine with a high degree of confidence the extent of callers’ suicide risk after the intervention. Future studies using validated more complete measures of suicidality are needed to better determine the level of risk.

Our methodology included conducting a quantitative content analysis. This method allowed us to describe counselors’ behaviors that are associated with better or worse outcomes, but it does not allow us to understand the nature of the clinical dynamics that explain these relationships. Further qualitative and mixed-methods studies are needed to identify the active ingredients of successful text-based interventions.

Although we confidently estimated a 30% or higher participation rate, we were unable to calculate the exact questionnaire response rate. This could affect the generalizability of our results and the strength of our conclusion about the proportion of suicidal callers to youth text lines. Nevertheless, the large

proportion of callers in our sample who had evident indicators of potential suicide risk, such as previous attempts and serious ideation in the past 12 months, suggests that even if the proportion of respondents was somewhat lower (which we doubt), the small proportion of these calls in which suicide was discussed indicates a need for explicit questioning about suicide, in order to solicit more discussion of concerns about suicide during the interventions.

Finally, the Kappa coefficients for the Setting boundaries technique indicated average agreements, and the confidence intervals were wide. This is probably a reflection of the wide variety of contexts in which this technique is used. Further research is needed to identify precisely in which context the use of this technique is not recommended, and when (or if) there are some circumstances in which the use of this technique may be beneficial.

#### 4.5 Conclusion

The results of this study suggest that a significant proportion of youths who contacted the text line were at risk of suicide and had suicidal thoughts at the time of the contact. However, only a small fraction of them were recognized as suicidal by the counselor. This suggests that youth text lines must strengthen their capacity to identify suicidal youth and improve counselors' suicide risk assessment skills. Also, call log data in youth helplines may be a poor indicator of the proportion of young suicidal callers to these services. Our results also suggest that callers at risk of suicide benefit less from the text line than non suicidal callers. Although, in general, counseling styles did not seem to significantly affect the efficacy of interventions, emphasizing callers' strengths and resources was associated with positive impacts. More research is needed to identify best practices for text-based interventions with suicidal youths.

#### REFERENCES

- Bonneson, M. E., & Hartsough, D. M. (1987). Development of the Crisis Call Outcome Rating Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(4), 612-614. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.4.612>
- Collet, L. et Cottraux, J. (1986). Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items): Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher [The shortened Beck Depression Inventory: Study of the concurrent validity with the Hamilton Depression Rating Scale and the Widlöcher retardation Rating Scale]. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 12*(2), 77-79.
- Curtin, S. C., & Heron, M. (2019, October). Death Rates Due to Suicide and Homicide Among Persons Aged 10-24: United States, 2000-2017. *NCHS Data Brief, (352)*, 1-8.

- Drexler, M. (2013). Crisis chat: Providing chat-based emotional support. Dans B. L. Mishara et J. F. M. Kerkhof (dir.), *Suicide Prevention and New Technologies* (pp.96-110). Palgrave Macmillan.  
[https://doi.org/10.1057/9781137351692\\_8](https://doi.org/10.1057/9781137351692_8)
- Elo, S., & Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Fiske, H. (2008). *Hope in action: Solution-focused conversations about suicide*. Taylor and Francis.  
<https://doi.org/10.4324/9780203843819>
- Gould, M. S., Chowdhury, S., Lake, A. M., Galfalvy, H., Kleinman, M., Kuchuk, M., & McKeon, R. (2021). National Suicide Prevention Lifeline crisis chat interventions: Evaluation of chatters' perceptions of effectiveness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(6), 1126-1137.  
<https://doi.org/10.1111/sltb.12795>
- Gould, M. S., Greenberg, T., Munfakh, J. L., Kleinman, M., & Lubell, K. (2006). Teenagers' attitudes about seeking help from telephone crisis services (hotlines). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 601-613. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.6.601>
- Krippendorff, K. (2018). *Content analysis : an introduction to its methodology* (4<sup>th</sup> ed.). Sage publications.
- Levesque, P., Mishara, B. et Perron, P. A. (2021, January). *Le suicide au Québec : 1981 à 2018 — Mise à jour 2021* [Report]. Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.  
[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2720\\_suicide\\_quebec\\_2021.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2720_suicide_quebec_2021.pdf)
- Mathieu, S. L., Uddin, R., Brady, M., Batchelor, S., Ross, V., Spence, S. H., Watling, D., & Kölves, K. (2020). Systematic review: The state of research into youth helplines. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 60(10), 1190-1233.  
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.12.028>
- Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J. K., & Berman, A. (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 US 1-800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 308-321.  
<https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.308>
- Mokkenstorm, J. K., Eikelenboom, M., Huisman, A., Wiebenga, J., Gilissen, R., Kerkhof, A. J., & Smit, J. H. (2017). Evaluation of the 113Online suicide prevention crisis chat service: outcomes, helper behaviors and comparison to telephone hotlines. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(3), 282-296. <https://doi.org/10.1111/sltb.12286>
- Padmanathan, P., Bould, H., Winstone, L., Moran, P., & Gunnell, D. (2020). Social media use, economic recession and income inequality in relation to trends in youth suicide in high-income countries: a time trends analysis. *Journal of Affective Disorders*, 275, 58-65.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.057>

Sindahl, T. N., Côte, L. P., Dargis, L., Mishara, B. L., & Bechmann Jensen, T. (2019). Texting for help: processes and impact of text counseling with children and youth with suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1412-1430. <https://doi.org/10.1111/sltb.12531>

Szlyk, H. S., Roth, K. B., & García-Perdomo, V. (2020). Engagement with crisis text line among subgroups of users who reported suicidality. *Psychiatric Services*, 71(4), 319-327. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900149>

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (7<sup>th</sup> ed.). Pearson.

Williams, K., Fildes, D., Kobel, C., Grootemaat, P., Bradford, S. et Gordon, R. (2020). Evaluation of outcomes for help seekers accessing a pilot SMS-based crisis intervention service in Australia. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 42(1), 32-39. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000681>

## **CHAPITRE 5**

### **DISCUSSION GÉNÉRALE**

#### 5.1 Programme de la discussion générale

Dans le présent chapitre, après un rappel des objectifs de la thèse, ainsi qu'un bref résumé des deux recherches effectuées dans le cadre de son exécution, seront présentés les constats qui se dégagent d'une analyse transversale des résultats des deux recherches. Ces constats concernent le profil des utilisateurs suicidaires dans les services d'intervention par texto, les pratiques de repérage et d'évaluation du risque suicidaire par texto, les pratiques d'interventions par texto auprès d'utilisateurs suicidaires, et l'impact des interventions par texto en prévention du suicide. Seront ensuite abordées les forces et limites de la thèse, ainsi que les implications des résultats de la thèse pour les organismes partenaires, pour le milieu de la prévention du suicide de manière générale, et pour les futures recherches et évaluations de services d'intervention par texto en prévention du suicide. Le chapitre se conclura par les contributions originales de la thèse à l'avancement des connaissances.

#### 5.2 Objectifs de la thèse et résumé des deux recherches effectuées dans le cadre de son exécution

Ce projet de recherche avait pour objectif général d'identifier les meilleures pratiques d'intervention par texto en prévention du suicide. Il a été déployé dans deux organisations offrant des services d'intervention par texto auprès d'appelants suicidaires sous la forme d'évaluations d'impact. Les objectifs spécifiques de ces évaluations ont été formulés à la suite d'une analyse des besoins exprimés par les intervenants œuvrant au sein des organismes partenaires. Ces objectifs spécifiques différaient donc légèrement selon les besoins exprimés par les organismes partenaires, et selon leur contexte d'opérations.

##### 5.2.1 Résumé de l'Article 1

La première recherche a été réalisée dans le cadre de l'évaluation du service d'intervention par texto du Service Canadien de Prévention du Suicide (SCSPS) par le Centre de Recherche et d'Intervention sur le Suicide, Enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE). Le SCPS souhaitait établir des standards en matière de bonnes pratiques à travers son réseau. Or, ces bonnes pratiques n'ont jamais été définies par l'organisation. Cette recherche visait donc à soutenir le SCPS dans l'identification de ces bonnes pratiques.

Les objectifs spécifiques de l'évaluation, définis en partenariat avec l'organisme partenaire, étaient : décrire le profil des utilisateurs du service d'intervention par texto du SCPS, décrire les impacts du service, de décrire les pratiques d'intervention et d'évaluation du risque suicidaire des intervenants, et identifier les techniques d'intervention qui sont associées à des impacts positifs et négatifs pour les appelants.

Le devis employé était un devis analytique transversal. La méthode utilisée consistait principalement en une analyse de contenu quantitative (Krippendorff, 2018) de 112 verbatims d'intervention par texto à l'aide des instruments utilisés par Mishara et ses collègues (2007a, 2007b) dans leur évaluation des interventions téléphoniques au réseau NSPL. Les rapports d'intervention complétés par les intervenants et les réponses des 112 appelants aux questionnaires pré-intervention du service ont également été utilisés comme source d'information.

En ce qui a trait au premier objectif spécifique, soit *Décrire le profil des utilisateurs du service d'intervention par texto du SCPS*, nos résultats indiquent que 68,8% des utilisateurs étaient des femmes et que l'âge moyen était de 25 ans. Les motifs du contact les plus fréquents étaient les problèmes de santé mentale, les difficultés relationnelles (familiales, amoureuses ou avec les pairs), les difficultés au travail ou à l'école, et le sentiment d'être isolé.

En ce qui a trait au deuxième objectif spécifique, soit *Décrire les impacts du service*, nos résultats indiquent que le score moyen au CCORS était de 101,96, ce qui est comparable aux scores au CCORS rapportés dans l'évaluation du service d'intervention téléphonique NSPL (Mishara *et al.*, 2007b) et dans l'évaluation du service d'intervention par clavardage 113 Online (Mokkenstorm *et al.*, 2017). Ce résultat suggère que le service d'intervention par texto du SCPS produit des impacts similaires à ceux des services d'intervention téléphonique et via clavardage en prévention du suicide.

En ce qui a trait au troisième objectif spécifique, soit *Décrire les pratiques d'intervention et d'évaluation du risque suicidaire des intervenants*, nos résultats indiquent que la validation, le soutien moral et les suggestions de ressources et de solutions étaient les techniques d'intervention les plus souvent utilisées par les intervenants du SCPS. Les intervenants exploraient généralement de manière exhaustive les ressources des appelants et les possibles solutions à leurs problèmes. Cependant, les interventions se terminaient rarement par un plan d'action opérationnel (p. ex. : choix d'une piste d'action, discussions sur comment et quand réaliser la piste d'action, et sur quoi faire en cas d'obstacles à sa réalisation).

Pour ce qui est de l'évaluation du risque suicidaire, les intervenants du SCPS demandaient généralement aux utilisateurs s'ils pensent au suicide, mais les éléments de la planification suicidaire (comment, où et quand) ont été explorés dans seulement 26,5% des interventions. Seulement 13,3 % ont investigué la présence d'autres facteurs de risque associés au passage à l'acte suicidaire (tentative de suicide antérieure, intoxication au moment du contact, présence de proches, etc.).

En ce qui a trait au quatrième objectif spécifique, soit *Identifier les techniques d'intervention qui sont associées à des impacts positifs et négatifs*, seule la technique d'intervention *Souligner une force ou un bon coup* était un prédicteur significatif des effets positifs de l'appel.

### 5.2.2 Résumé de l'Article 2

La deuxième recherche a été effectuée dans le cadre de l'évaluation du service d'intervention par texto de la ligne jeunesse Tel-jeunes. En 2015, une évaluation d'implantation du service d'intervention par texto de Tel-jeunes a estimé que 10% des contacts par texto concernaient une problématique suicidaire (Thoër *et al.*, 2015). Dans cette évaluation, les intervenants ont témoigné du défi que représentait pour eux l'intervention par texto auprès de jeunes présentant des idées suicidaires. Les intervenants avaient également l'impression que les jeunes qui les contactaient au texto présentaient des problématiques plus lourdes que les jeunes qui appelaient leur ligne téléphonique. Les intervenants ont exprimé des préoccupations quant à leur capacité à repérer les jeunes à risque suicidaire. Cette recherche visait donc en premier lieu à soutenir l'organisation par l'identification de bonnes pratiques d'intervention par texto auprès de jeunes appelants suicidaires, et à produire des données susceptibles de renforcer leurs capacités de repérage.

Les objectifs spécifiques de l'évaluation, définis en partenariat avec l'organisme, étaient : estimer la proportion des jeunes qui contactent le service d'intervention par texto qui ont pensé sérieusement au suicide dans la dernière année ou qui ont un historique de tentative(s) de suicide, examiner si les jeunes qui pensent au suicide au moment du contact parlent de leurs idées suicidaires durant la conversation avec l'intervenant, évaluer l'impact du service, identifier les pratiques d'intervention par texto qui sont associées à des impacts positifs et négatifs pour les jeunes appelants qui pensent au suicide.

Un devis analytique transversal a été employé afin de mettre en relation un questionnaire post-intervention sur les impacts de l'intervention et le risque suicidaire des appelants, et les pratiques

d'intervention déployées par l'intervenant. Ces pratiques ont été codifiées à l'aide d'une analyse de contenu quantitative des verbatims d'interventions (Krippendorff, 2018). Cette analyse de contenu quantitative a été effectuée à l'aide des instruments utilisés par Mishara et ses collègues (2007a, 2007b) dans leur évaluation des interventions téléphoniques au réseau NSPL. Au total, 2 276 jeunes âgés entre 14 à 21 ans ont répondu un questionnaire post-intervention. Une analyse quantitative du contenu de 452 transcriptions d'interventions a été effectuée.

En ce qui a trait au premier objectif spécifique, soit *Estimer la proportion des jeunes qui contactent le service d'intervention par texto qui ont pensé sérieusement au suicide dans la dernière année ou qui ont un historique de tentative(s) de suicide*, nos résultats indiquent que 46,5% des répondants au sondage post-intervention avaient sérieusement envisagé de se suicider au cours des 12 derniers mois, que 33,7% avaient déjà fait une tentative de suicide par le passé, et que 35% avaient des idées suicidaires au moment du contact.

En ce qui a trait au deuxième objectif spécifique, soit *Examiner si les jeunes qui pensent au suicide au moment du contact parlent de leurs idées suicidaires durant la conversation avec l'intervenant*, l'analyse de contenu a indiqué que seulement 33,8% des jeunes qui avaient des idées suicidaires au moment du contact ont reçu une évaluation du risque suicidaire, et que dans 62,4% des interventions où il y a eu évaluation du risque suicidaire, c'est parce que c'est le jeune qui a abordé la question du suicide en premier..

En ce qui a trait au troisième objectif spécifique, soit *Évaluer l'impact du service*, les résultats du sondage post-intervention indique que 81,8% des jeunes qui n'ont pas pensé au suicide au cours des 12 derniers mois ont indiqué que l'intervention les a aidés à se sentir mieux, comparativement à 73,3% pour les jeunes qui n'ont pas pensé au suicide. 76,6% des jeunes qui n'ont pas pensé au suicide au cours des 12 derniers mois ont indiqué que l'intervention les a aidés à mieux comprendre leur situation, comparativement à 65,9% pour les jeunes qui n'ont pas pensé au suicide. 71,5% des jeunes qui n'ont pas pensé au suicide au cours des 12 derniers mois ont indiqué que l'intervention les a aidés à identifier des solutions à leur problème, comparativement à 60,6% pour les jeunes qui n'ont pas pensé au suicide. Qui plus est, 68,5% des jeunes qui présentaient des idées suicidaires au moment du contact ont affirmé que l'intervention les a aidés à se sentir mieux, comparativement à 82,9% pour les jeunes qui ont répondu *Je ne pense pas à me faire du mal* à l'item du BDI. 62,1% des jeunes qui présentaient des idées suicidaires

au moment du contact ont affirmé que l'intervention les a aidés mieux comprendre leur situation, comparativement à 76,9% pour les jeunes qui ont répondu *Je ne pense pas à me faire du mal* à l'item du BDI. Enfin, 56,1% des jeunes qui présentaient des idées suicidaires au moment du contact ont affirmé que l'intervention les a aidés à identifier des solutions à leur problème, comparativement à 72,2% pour les jeunes qui ont répondu *Je ne pense pas à me faire du mal* à l'item du BDI. Toutes ces différences étaient statistiquement significatives. Les jeunes qui présentaient un risque suicidaire au moment du contact ont donc moins bénéficié des interventions que les autres jeunes.

En ce qui a trait au quatrième objectif spécifique, soit *Identifier les pratiques d'intervention par texto qui sont associées à des impacts positifs et négatifs pour les jeunes appelants qui pensent au suicide*, nos résultats indiquent que seule la technique d'intervention *Souligner une force ou un bon coup* était un prédicteur significatif des effets positifs de l'appel. La technique *Mettre des limites* était la seule technique qui était un prédicteur significatif des effets négatifs de l'appel. Les analyses de régression linéaire multiple n'ont révélé aucune interaction entre le risque suicidaire et l'efficacité des techniques d'intervention.

### 5.3 Constats

Dans la prochaine section seront abordés les grands constats qui se dégagent d'une analyse transversale des résultats des deux recherches qui constituent cette thèse.

#### 5.3.1 Caractéristiques des utilisateurs des services de texto

Les résultats de notre projet de recherche indiquent que les services d'intervention par texto sont majoritairement utilisés par des adolescentes et de jeunes femmes. Au service d'intervention par texto du SCPS, 68,8% des utilisateurs étaient des femmes et l'âge moyen était de 25 ans. Au service d'intervention par texto de la ligne jeunesse Tel-jeunes, 85,9% des utilisateurs étaient des filles et l'âge moyen était de 16 ans.

Ces résultats concordent avec les recherches antérieures sur les services d'interventions par texto des lignes de prévention du suicide qui indiquent que, selon les études, de 65% à 90% des utilisateurs sont des femmes (Drexler, 2013; Gould *et al.*, 2021; Mokkenstorm *et al.*, 2017; Murphy, 2013) et que de 22,2% à 39% sont âgés de moins de 18 ans (Gould *et al.*, 2021; Mokkenstorm *et al.*, 2017). Nos résultats

concordent également avec ceux de Sindahl et ses collègues (2019) qui tendent à démontrer que le ratio femme/homme est encore plus élevé pour les lignes jeunes.

Comme mentionné précédemment, l'âge moyen des utilisateurs de services d'intervention téléphonique en prévention du suicide est généralement entre 35 et 40 ans et environ 60% sont des femmes (Gould *et al.*, 2007; Mishara et Daigle, 1997; Mishara *et al.*, 2007a; Pil *et al.*, 2013). Nos résultats indiquent donc, à l'instar de la littérature grise et scientifique publiée à ce jour, que les utilisateurs des services d'intervention par clavardage et texto sont plus jeunes et plus souvent des femmes que les utilisateurs des services téléphoniques en prévention du suicide.

En ce qui a trait aux problématiques mentionnées par les utilisateurs, nos résultats indiquent que les utilisateurs des services d'intervention par texto présentent des facteurs de risque et discutent d'événements de vie similaires à ceux des appelants suicidaires aux lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide : problèmes de santé mentale, difficultés relationnelles (familiales, amoureuses ou avec les pairs), difficultés au travail ou à l'école, sentiment d'être isolé.

Des recherches suggèrent que l'automutilation est une problématique souvent discutée dans les services d'intervention par texto et clavardage. À titre d'exemple, au service d'intervention par clavardage de la NSPL, l'automutilation était la deuxième problématique la plus fréquente (Gould *et al.*, 2021). Au service d'intervention par texto danois BorneTelefonen, l'automutilation était la problématique la plus fréquente chez les jeunes suicidaires dont la conversation a été analysée (Sindahl *et al.*, 2019). Nos résultats indiquent que l'automutilation était également une problématique prépondérante dans nos deux échantillons. Au SCPS, l'automutilation a été mentionnée par 17,9% des appelants. Chez Tel-jeunes, l'automutilation a été mentionnée par 25% des jeunes qui ont dévoilé des idées suicidaires au cours de l'intervention. Il est cependant difficile de savoir si l'automutilation est davantage discutée dans les interventions par clavardage et texto en comparaison des interventions téléphoniques, puisque les chiffres relatifs à l'automutilation ne sont pas rapportés dans la grande majorité des évaluations de lignes d'intervention téléphonique qui ont dénombré les raisons du contact discutées avec les appelants.

### 5.3.2 Pratiques de repérage et d'évaluation du risque suicidaire par texto

Notre recherche auprès de Tel-jeunes indique que l'organisation sous-estime la proportion de jeunes à risque suicidaire qui les contactent. Les statistiques de l'organisation indiquent que 10% des appelants

discutent d'enjeux en lien avec le suicide. Or, nos chiffres indiquent que 46,5% des utilisateurs ont pensé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, que 33,7% ont fait une tentative de suicide par le passé et que 35% avaient des idées suicidaires au moment du contact. Nos résultats indiquent également que 33,8% des jeunes qui présentaient des idéations suicidaires au moment du contact ont bénéficié d'une évaluation du risque suicidaire, et que dans 62,4% des interventions où il y a eu évaluation du risque suicidaire, c'est parce que c'est le jeune qui a abordé la question du suicide en premier.

Nos résultats soutiennent donc l'hypothèse selon laquelle les statistiques compilées par les lignes jeunesse à partir des rapports d'intervention complétés par les intervenants ne sont pas de bons indicateurs de la proportion d'utilisateurs à risque suicidaire qui les contactent, et que cela est en partie causé par l'absence de politiques d'évaluation systématique du risque suicidaire dans ces organisations.

Il est à noter que seulement 11,3% des jeunes ont répondu *J'ai des plans précis pour me suicider*, ce qui correspond davantage aux statistiques de l'organisation. On pourrait ainsi déduire que seulement les jeunes qui ont des idéations suicidaires actives discutent de leurs idées suicidaires dans les interventions. Or, l'analyse de contenu sur le sous-échantillon indique que 47% des jeunes qui ont dévoilé des idées suicidaires au cours de la conversation ont déclaré avoir des idées suicidaires passives dans le questionnaire post-intervention (*Je pense que la mort me libérerait*). La présence d'un plan suicidaire ne semble donc pas être la variable déterminante dans le dévoilement, ou non, d'idées suicidaires au cours des interventions.

En ce qui a trait à l'évaluation du risque suicidaire, les intervenants du SCPS demandaient généralement aux utilisateurs s'ils pensaient au suicide. Cependant, les intervenants ont exploré les trois éléments de la planification suicidaire (comment, où et quand) ou ont déterminé avec certitude que l'utilisateur n'avait pas de plan de suicide dans seulement 26,5% des interventions. Seulement 13,3 % ont investigué la présence d'autres facteurs de risque associés au passage à l'acte suicidaire (tentative de suicide antérieure, intoxication au moment du contact, présence de proches, etc.). Chez Tel-jeunes, des éléments de la planification suicidaire ont été explorés dans seulement 49,5% des interventions où le jeune a dévoilé des idées suicidaires. Les autres facteurs de risque étaient rarement explorés. Ces résultats concordent avec les recherches qui indiquent que plusieurs services d'intervention par clavardage et texto présentent des lacunes en ce qui a trait à l'évaluation du risque suicidaire des

utilisateurs (Mokkenstorm et al., 2017; Sindahl *et al.*, 2019). Nos résultats tendent donc à démontrer que l'évaluation du risque suicidaire dans les interventions par texto est généralement superficielle.

Nous pouvons, en dépit de la faible validité des données sur la suicidalité des utilisateurs de services d'intervention par clavardage et texto, effectuer une comparaison prudente des données du SCPS sur la suicidalité de leurs utilisateurs à celles d'autres services d'intervention par clavardage ou texto spécialisés à la prévention du suicide.

L'analyse des rapports d'intervention du SCPS indique que les deux tiers des utilisateurs avaient des idées suicidaires passives (66 %), qu'une personne sur quatre (25,2 %) avait un plan suicidaire et que 8,9% étaient en danger imminent de se suicider. Au service d'intervention par texto Australian Lifeline (Williams *et al.*, 2020), les rapports d'intervention indiquent que 29,8% des contacts concernaient une crise suicidaire (selon l'étude, cas où l'appelant considérait *activement* le suicide) et que 3,3% présentaient un risque imminent de passage à l'acte. Au service d'intervention hollandais 113 Online (Mokkenstorm *et al.*, 2017), 86,1% des contacts concernaient des pensées suicidaires, 61,1% des contacts concernaient des intentions suicidaires, 21,2% concernaient à la fois des intentions suicidaires et un plan suicidaire, et 3,8% concernaient une tentative de suicide au moment du contact. Au service d'intervention par texto de la ligne jeunesse BorneTelefonen, 12% ont exprimé avoir un plan suicidaire et 14% présentaient un risque imminent de tentative de suicide (Sindahl *et al.*, 2019). Bien qu'il soit mal avisé de faire des constats à partir de cette comparaison, il semble que la proportion d'utilisateurs du SCPS qui ont un plan suicidaire soit similaire à ce qui a été observé au 113 online, et dans une moindre mesure, à la Australian Lifeline si l'on prend le fait d'avoir des pensées suicidaires actives comme comparatif. Enfin, le risque suicidaire plus élevé des appelants au SCPS, par rapport aux appelants de Tel-jeunes, peut s'expliquer par le simple fait que le mot « suicide » fait partie du nom du SCPS, et que la promotion du service est axée sur la prévention du suicide. Tel-jeunes, au contraire, se présente comme un service généraliste.

### 5.3.3 Impact global des interventions par texto

Au SCPS, le score moyen au CCORS était de 101,96, ce qui est comparable aux scores au CCORS rapportés dans l'évaluation du service d'intervention téléphonique NSPL (Mishara *et al.*, 2007b = 102,4, écart-type = 18,5) et dans l'évaluation du service d'intervention par clavardage 113 Online lorsque les écarts-types sont pris en compte (Mokkenstorm *et al.*, 2017 = 114,1, écart-type = 16,8). Chez Tel-jeunes,

le score moyen du CCORS était de 124,96 pour l'ensemble de l'échantillon, de 122 pour les jeunes qui ont dévoilé des idées suicidaires et de 123 pour les jeunes qui ont déclaré avoir des idées suicidaires au moment du contact. Ces scores sont élevés par rapport aux scores obtenus dans les études similaires ayant utilisé cet instrument.

Au SCPS, les scores totaux au CCORS suivaient une distribution normale. Cependant, la somme des items négatifs du CCORS suivait une distribution bimodale, suggérant ainsi qu'une minorité d'utilisateurs affichaient beaucoup de comportements traduisant une insatisfaction face au service reçu. Ce phénomène ne fut pas observé chez Tel-jeunes, ce qui est peut-être dû à la courte durée des interventions (moins d'opportunités d'observer des indicateurs négatifs). Cette différence est une piste d'explication pour les scores élevés au CCORS chez Tel-jeunes.

Le fait qu'une minorité d'utilisateurs semblent très critiques face au service reçu au SCPS est également intéressant, puisque plusieurs items négatifs du CCORS décrivent des comportements qui sont souvent observés chez les appelants fréquents des lignes d'intervention téléphonique (p. ex. : le discours de l'appelant tourne en rond, l'appelant ne répond pas aux questions de l'intervenant, etc.). Même si notre étude ne permet pas de décrire les caractéristiques de ces appelants, elle soulève l'hypothèse de l'existence d'un phénomène d'appelants fréquents au SCPS.

En ce qui a trait aux impacts rapportés dans les questionnaires post-intervention chez Tel-jeunes, nos résultats indiquent que les jeunes qui ont pensé au suicide au cours des 12 derniers mois et ceux qui présentaient des idéations suicidaires au moment du contact ont moins bénéficié des interventions que les autres jeunes. À titre d'exemple, 68,5% des jeunes qui présentaient des idées suicidaires au moment du contact ont affirmé que l'intervention les a aidés à se sentir mieux, comparativement à 82,9% pour les jeunes qui ont répondu *Je ne pense pas à me faire du mal* à l'item du BDI. À titre de comparatif, l'étude de Sindahl *et al.* (2019) effectuée au service d'intervention par texto de la ligne jeunesse BorneTelefonenindique que 35,9% des 444 jeunes suicidaires rapportaient se sentir mieux immédiatement après l'intervention, que 43,7% ne rapportaient pas de changements, et que 20,4% rapportaient que leur bien-être s'était dégradé. À la lumière de ce comparatif, et des scores moyens obtenus au CCORS, il semble que les impacts des interventions chez Tel-jeunes soient satisfaisants. Il faut cependant être prudent dans l'interprétation de ces résultats, car, à part pour le CCORS, toutes les études recensées utilisent des instruments de mesure différents pour mesurer les impacts des

interventions. De plus, la faible fidélité des échelles sur la complétion des différentes étapes de l'intervention ne nous a pas permis d'explorer l'étendue de l'exploration des ressources et solutions effectuée dans les interventions chez Tel-jeunes. Enfin, l'analyse des commentaires des jeunes, qui ont soulevé plusieurs problèmes par rapport aux interventions, doit également être prise en considération dans l'appréciation des résultats.

Enfin, l'étude effectuée au SCPS démontre qu'il est possible d'explorer de manière exhaustive les ressources des utilisateurs et les possibles solutions à leurs problèmes. Cependant, les interventions se terminaient rarement par un plan d'action opérationnel (p. ex. : quoi faire, comment le faire, prévoir des alternatives en cas d'obstacles) que l'utilisateur pouvait mettre en place dans les heures ou jours suivants le contact. Ce résultat concorde avec les recherches sur les interventions par clavardage et texto qui indiquent que les intervenants se rendent rarement à l'étape du plan d'action (Bambling *et al.*, 2008; Chardon *et al.*, 2011; Drexler, 2013; Thoër *et al.*, 2015). De manière générale, les interventions ne se rendaient pas au plan d'action, car les intervenants interrompaient la conversation une fois les pistes d'action explorées.

#### 5.3.4 Meilleures pratiques d'intervention par texto

La validation, le soutien moral et les suggestions de ressources et de solutions étaient parmi les techniques les plus souvent utilisées au sein des deux services. La psychoéducation était davantage utilisée chez Tel-jeunes qu'au SCPS, ce qui reflète probablement l'âge des utilisateurs de ce service. Cependant, chez Tel-jeunes, les interventions auprès de jeunes ayant dévoilé des idées suicidaires se caractérisaient par un soutien moral plus important, un accent plus marqué sur les forces et les bons coups de l'appelant et par moins de psychoéducation que les interventions auprès de jeunes n'ayant pas dévoilé d'idées suicidaires.

Seule la fréquence d'utilisation de la technique *Souligner les forces et les bons coups de l'appelant* s'est avérée positivement corrélée à l'impact des interventions, et ce, dans les deux études. Les situations dans lesquelles la technique était utilisée étaient : lorsque l'intervenant félicite le jeune pour avoir réalisé qu'il avait besoin d'aide ou pour avoir demandé de l'aide, félicite le jeune pour la façon dont il a agi dans une situation donnée, souligne les qualités du jeune (souvent son courage, sa force, sa persévérance ou sa résilience), mentionne au jeune qu'il a une bonne compréhension de sa situation ou

qu'il la décrit bien, valide les solutions identifiées par le jeune ou les actions qu'il a déjà mis en place pour améliorer sa situation.

Même si la variance expliquée par la fréquence d'utilisation de cette technique d'intervention était faible dans les deux études, ce résultat significatif demeure important, car il tend à valider la pertinence d'utiliser une approche d'intervention orientée vers les solutions dans les services d'intervention par texto. L'un des postulats de cette approche est que les intervenants doivent souligner les forces et les réussites passées des personnes suicidaires afin de stimuler leur résilience (Fiske, 2008).

À la lumière de ces résultats, il est pertinent de considérer les mécanismes possiblement en cause dans les effets positifs observés. Le fait de mettre l'accent sur les forces et les ressources des utilisateurs pourraient avoir comme conséquence, à court terme, d'améliorer leur sentiment d'efficacité personnelle ou de contrôle sur leur situation. En mobilisant le cadre conceptuel de Lazarus et Folkman (1984), l'on peut émettre l'hypothèse que souligner les forces et les bons coups des utilisateurs les aide à recadrer l'évaluation qu'ils font de leur situation (p. ex. : j'ai déjà surmonté une situation similaire, j'ai les ressources internes ou externes pour faire face au danger) et à sélectionner une stratégie d'adaptation efficace (la dernière fois, j'ai fait ceci et ça a fonctionné). Il se pourrait également que le simple fait de se remémorer un souvenir de réussite évoque un sentiment positif qui, en soi, ait pour effet de faciliter un retour au calme (Lipchik *et al.* 2005).

Chez Tel-jeunes, la technique d'intervention *Mettre des limites* était négativement associée aux impacts des interventions. Ce résultat est intéressant puisque Sindahl et ses collègues (2019) ont observé un phénomène similaire lors de leur évaluation du service d'intervention par texto de la ligne jeunesse danoise BorneTelefonen. Sindahl et ses collègues (2019) ont émis l'hypothèse que cela était causé par des situations où l'intervenant semblait rejeter la demande d'aide d'un jeune suicidaire, car il jugeait que ce dernier devrait se tourner immédiatement vers une aide professionnelle. Or, notre examen des passages de verbatim associés à cette technique révéla plutôt qu'elle apparaissait dans une variété de contextes : lorsque l'intervenant demande au jeune de se concentrer sur un seul sujet pour la conversation, explique au jeune qu'il ne peut pas accéder à sa demande (p. ex. : contacter une ressource à sa place), insiste pour obtenir des réponses à ses questions, refuse de prodiguer des conseils spécifiques (dire quoi faire), demande au jeune d'appeler la ligne téléphonique, car il juge son cas trop *lourd* pour le texto, dit au jeune qu'il ne peut pas faire grand-chose pour lui et qu'il a besoin d'une aide

professionnelle, et signale au jeune que le temps qui lui était imparti est écoulé. Même si certaines de ces situations cadrent avec l'hypothèse de Sindahl et ses collègues (2019), il semble que différents mécanismes puissent être en jeu dans l'association de cette technique d'intervention aux impacts négatifs.

Pour mieux appréhender ces mécanismes, il semble pertinent de rappeler les résultats obtenus par Jager et Stommel (2017) dans leur étude sur l'utilisation de la métacommunication (parler du déroulement de la communication) dans les interventions par clavardage. Ces chercheurs ont dégagé trois constats de leur analyse de contenu de 545 interventions par clavardage : s'excuser auprès de l'utilisateur de ne pas être en mesure de l'aider par ses conseils semblait souvent bien reçu et débouchait généralement sur une terminaison non conflictuelle de l'intervention; questionner la réceptivité de l'utilisateur aux conseils de l'intervenant suscitait généralement beaucoup de réactions négatives et de résistances; expliquer la mission et les responsabilités de l'organisation afin de recadrer les attentes de l'utilisateur avaient parfois comme effet positif de recadrer l'intervention. Les auteurs concluent néanmoins que les intervenants devraient s'abstenir de faire de la métacommunication lors des interventions, car les risques de rupture du lien de confiance semblaient plus grands que les bénéfices de cette pratique. Nos résultats tendent à valider cette conclusion, puisque la plupart des situations où l'intervenant a mis des limites à l'utilisateur correspondent aux situations identifiées par Jager et Stommel. Nos résultats mettent également en lumière le fait que les services d'intervention par clavardage et texto ne répondent pas toujours aux besoins et attentes des utilisateurs.

Un autre contexte dans lequel apparaissait la technique *Mettre des limites* était lorsque les intervenants insistaient pour obtenir des informations. Ce résultat corrobore les résultats de l'étude de Gatti et ses collègues (2016) qui indique que l'attitude inquisitoire de certains intervenants semble parfois nuire à l'établissement d'un bon rapport thérapeutique avec les utilisateurs lors des interventions par clavardage. Un résultat similaire a été obtenu par Timm (2011) qui observa un impact négatif, sur le rapport thérapeutique, de l'insistance des intervenants pour obtenir des informations lors de l'évaluation du risque suicidaire au clavardage.

Les commentaires des utilisateurs chez Tel-jeunes nous permettent également de mieux appréhender ces attentes et besoins. Plusieurs jeunes ont rapporté que les intervenants ne leur donnent pas toujours des conseils précis, que les informations et suggestions données sont parfois des généralités qu'ils

connaissent déjà, ou que les solutions qu'ils leur proposent ne leur paraissent pas toujours réalistes ou réalisables. Ils aimeraient que les intervenants partagent davantage leurs opinions et leur donnent des suggestions concrètes de stratégies ou de solutions qu'ils peuvent, et veulent, appliquer à leur situation. Ils ne veulent pas être systématiquement orientés vers des professionnels de la santé ou des services psychosociaux. Ils ont souvent l'impression que les conseillers veulent se débarrasser d'eux en les référant à des ressources extérieures. Plusieurs jeunes ont mentionné qu'ils aimeraient bénéficier d'un suivi et être accompagnés dans les différentes démarches qu'ils doivent entreprendre pour résoudre leurs problèmes. Les jeunes appréciaient également les intervenants qui répondaient rapidement à leurs messages et ceux qui s'exprimaient avec un langage informel.

Il est fascinant de constater les similitudes entre les commentaires des utilisateurs de Tel-jeunes et ceux des utilisateurs du service d'intervention par clavardage de la ligne jeunesse britanno-colombienne Youth-In-BC (Tanaka *et al.*, 2011). Lors de l'évaluation de leur service d'intervention par clavardage, l'organisation a demandé aux jeunes : *Si vous deviez donner quelques conseils à un intervenant sur la manière de discuter avec des jeunes en crise, que lui diriez-vous? Voici des exemples représentatifs des réponses qu'ils ont obtenues :*

- "Actually give advice instead of just repeating what i just said like a real therapist would"
- "Provide advice when asked. Not just 'what would you say to a friend in your situation?'"
- "the volunteer was moving too fast to 'solutions'. THERE ARE NO SOLUTIONS TO MY SITUATION... I just wanted to be listened to."
- "Suggest outside resources closer to the end of the chat so that it doesn't feel like you're trying to shift them off."
- "Think less about what you're trying to say."
- "Respond as quickly as you can."
- "Ask more questions."
- "I find the scripted type responses quite frustrating sometimes, I'd love someone with a bit of personality."
- "I think it's great that you guys try to figure out how we are feeling... But telling us how we feel doesn't help... For example saying 'so you're feeling lonely'"

En somme, les jeunes ont répondu que les intervenants devraient donner leur avis et prodiguer des conseils spécifiques lorsque demandé, qu'ils devraient prendre le temps de les écouter et ne pas sauter à la résolution de problèmes trop tôt dans la conversation, qu'ils devraient attendre vers la fin de la conversation avant de référer les jeunes vers des ressources externes, qu'ils devraient être plus spontanés et utiliser un langage plus informel. Nos résultats mettent en lumière des enjeux similaires à ceux identifiés par Youth-In-BC.

Enfin, la durée des interventions semble être un facteur important dans le succès des interventions. Au SCPS, la durée moyenne des échanges était de 76,73 minutes alors qu'elle était de 36 minutes chez Tel-jeunes (40 minutes chez les jeunes ayant dévoilé des idées suicidaires). Cette différence est considérable, et l'analyse des commentaires des jeunes chez Tel-jeunes a mis en lumière les impacts négatifs de la courte durée des interventions sur l'accueil et l'établissement d'un lien de confiance en début d'intervention. Voici le commentaire d'une jeune utilisatrice qui n'a pas été intégré à l'Article 2 à cause de sa longueur, mais qui mérite d'être entendu dans le cadre de cette thèse. Ce commentaire illustre bien l'importance de prendre le temps d'accueillir les utilisateurs et met en lumière les possibles effets iatrogènes d'une intervention trop expéditive :

Hum... je dois dire qu'une fois Tel-Jeunes ma vraiment aidé, honnêtement la personne dès le départ m'a dit "Allo je suis une intervenante et je suis là pour toi.", ce qui m'a mise en confiance. Elle a essayé de trouver le plus de solutions possibles et c'était génial, ça m'a vraiment aidé, mais ce soir j'ai eu droit à "Allo, j'ai 20min." #pression, ensuite j'ai dit mon problème et on m'a dit de consulter un psy, aucune question sur pourquoi je me sens ainsi, rien! Me faire dire d'aller voir un psy quand mon problème est d'avoir peur et de ne pas être capable de m'approcher des gens facilement ne m'aide pas. Déjà seulement envoyer mon texto a été un grand moment à me demander si je pouvais, si je devais... La réponse que j'ai eue, oui, c'est peut-être ce que je devrais faire aller voir un psy, mais je sais que je n'irai pas. Tel-jeunes c'était ma ressource ce soir et ça ne m'a pas aidé du tout... Est-ce que je me sens mieux? Pas du tout, c'est le contraire, je me sens encore plus perdu! C'est comme si tout mon monde s'écroulait, mais je tiens vraiment, mais vraiment à préciser qu'un jour ça m'a vraiment aidé quand ça n'allait vraiment pas du tout... Alors merci à la personne qui a pu m'aider ce jour-là, et ce soir c'est peut-être moi le problème, je m'excuse. Peut-être que l'intervenant a fait ce qu'il devait faire et que je suis le problème!! Désolée pour ce petit vidage de crotte sur le cœur!! Bonne soirée.

Ce commentaire n'est pas sans rappeler un questionnement évoqué par Mishara et Côté dans leur chapitre de livre portant sur la nécessité de fonder les pratiques d'intervention numériques sur des données probantes :

Recent research on which methods of intervention are most effective in telephone help with people in a suicidal crisis (Mishara et al., 2007a; 2007b) have found that a more directive problem-solving approach is associated with positive changes and a non-directive Rogerian approach was not necessarily helpful in a suicidal crisis. One of the findings in their study, which is often ignored, was that the benefits of the more directive, collaborative problem-solving approach were found to only hold in situations where a good contact with the client was made by an empathetic and respectful helper in the first three minutes of the call. Generally, this good contact involving empathy and respect is established using classical non-directive Rogerian techniques. One can ask if these results can be transposed to online help, particularly one-to-one help provided in Internet chat services. (Mishara et Côté, 2013, p. 17)

À la lumière de nos résultats, il semble que, tout comme pour l'intervention téléphonique, l'accueil et l'établissement d'un lien de confiance en début de contact est un élément nécessaire au déploiement et au succès de la résolution de problèmes collaborative dans les interventions par texto. La durée des interventions doit permettre ce déploiement.

### 5.3.5 Similarités et différences entre les interventions par texto effectuées auprès d'adolescents et d'adultes

Dans le cadre de ce projet de recherche, nous avons analysé des interventions par texto effectuées dans un service jeunesse et dans un service dont les interventions ont été effectuées majoritairement auprès d'adultes.

Nos résultats mettent en lumière des similarités entre les interventions par texto effectuées auprès d'adolescents et celles effectuées auprès d'adultes. Tout d'abord, la validation, le soutien moral, et les suggestions de pistes de solution étaient les interventions les plus fréquentes dans les deux services. On peut émettre plusieurs hypothèses pour expliquer ce constat. Il se pourrait que ces techniques soient celles qui communiquent le plus facilement l'empathie dans la communication écrite, ou que ces techniques soient les plus facilement transférables de l'intervention téléphonique à l'intervention par texto. Il se pourrait également que ces techniques soient simplement celles qui sont les plus utilisées dans l'intervention téléphonique, par texto ou clavardage en prévention du suicide. Dans ce projet de recherche, nous avons dénombré les fréquences exactes de comportements d'intervention. Il est donc difficile de comparer nos résultats à ceux d'autres études, car ces dernières ont utilisé des grilles d'observation différentes (Mishara et Daigle, 1997; Sindahl *et al.*, 2019) ou ont utilisé des échelles ordinales (Mishara *et al.*, 2007b; Mokkenstorm et al., 2017).

Ensuite, la durée des interventions, entendue comme la quantité d'informations échangées en contexte de communication asynchrone, semble également être un facteur de qualité des interventions autant chez les adolescents que chez les adultes. Au SCPS, la quantité de mots échangés étaient corrélés à la complétude des différentes étapes des interventions et aux scores au CCORS. Chez Tel-jeunes, les commentaires des jeunes faisaient souvent référence à la courte durée des interventions. Comme mentionné précédemment, ce résultat semble indiquer que, tout comme pour l'intervention téléphonique, le développement d'un lien de confiance en début de contact est nécessaire au bon déploiement et à l'efficacité des interventions par texto.

Enfin, la technique d'intervention *Souligner une force ou un bon coup* était un prédicteur significatif des impacts positifs des interventions autant chez les adolescents que chez les adultes. Ce résultat suggère un mécanisme sous-jacent commun au succès des interventions chez ces deux populations. Comme mentionné précédemment, cette technique pourrait avoir pour conséquence de favoriser la résilience des appelants, et ce peu importe leur âge.

Nos résultats mettent également en lumière des différences entre les interventions par texto effectuées auprès d'adolescents et celles effectuées auprès d'adultes.

La psychoéducation était une technique d'intervention très utilisée dans les interventions auprès des jeunes, alors qu'elle était très rare dans les interventions du SCPS. Il se peut que ces résultats illustrent simplement le fait que les jeunes possèdent moins de connaissances par rapport à la santé mentale et aux ressources d'aide. Cette différence pourrait également être le reflet de la mission éducative de Tel-jeunes qui vise à informer les jeunes sur les enjeux qui les touchent. Il est cependant à noter que les interventions effectuées auprès de jeunes qui ont dévoilé des idées suicidaires étaient un peu différentes. Dans ces interventions, l'emphase était davantage mise sur le soutien moral et les forces et ressources des jeunes, et elles contenaient moins de psychoéducation.

*Mettre des limites* était plus souvent utilisé chez Tel-jeunes et étaient associés à des impacts négatifs chez les jeunes, ce qui n'a pas été observé au SCPS. Comme mentionné précédemment, Sindahl *et al.* (2018) ont observé un phénomène similaire à la ligne jeunesse BorneTelefonen. Il se peut donc que ce résultat reflète l'utilisation des services d'intervention par texto par des jeunes ayant besoin d'exercer du contrôle sur le déroulement des interventions, par des jeunes qui présentent des besoins complexes, qui présentent beaucoup d'irritabilité, ou qui nécessitent un plus grand encadrement dans les interventions.

#### 5.4 Forces et limites de la thèse

L'une des forces de la thèse a été l'emploi de diverses méthodes d'observation directes et indirectes. Les recherches publiées à ce jour ont généralement opté pour l'une ou l'autre des méthodes suivantes : l'analyse de contenu, l'analyse documentaire des rapports d'intervention et l'emploi de questionnaires. Comme mentionné précédemment, chacune de ces méthodes comporte des forces et des faiblesses. Dans le cadre de cette thèse, l'analyse de contenu nous a permis d'observer ce qui a été dit et fait dans les interventions, et l'emploi du questionnaire nous a permis d'observer ce qui a été ressenti et ce qui n'a pas été exprimé explicitement lors des conversations.

Une autre force de la thèse réside dans l'observation des mêmes construits et l'emploi d'instruments similaires dans deux populations différentes. Même si les scores de fidélité inter-juges n'ont pas permis l'emploi de tous les instruments dans les deux études, il a été néanmoins possible d'obtenir des informations sur les mêmes construits (p. ex. : emploi du CCORS, observation des mêmes pratiques d'évaluation du risque suicidaires et des mêmes techniques d'intervention).

Une importante limite de la thèse repose dans le dénombrement de techniques d'intervention pour décrire les interventions et évaluer leur impact. Cette approche ne permet pas de comprendre les contextes dans lesquels ces techniques sont utilisées ni de comprendre l'impact du contexte sur l'efficacité des techniques. Par exemple, la technique *Souligner les forces et les bons coups* de l'appelant s'est avérée positivement corrélée à l'impact des interventions, et ce, dans les deux études. Toutefois, chez Tel-jeunes, les contextes dans lesquels cette technique d'intervention était utilisée variaient beaucoup, allant de l'accueil (p. ex. : Tu as bien fait de nous contacter. Tu es très courageuse.) à l'exploration des solutions (Tu as bien fait de lui demander d'arrêter de faire cela. C'était une excellente idée). Il se pourrait donc que l'effet positif associé à cette technique d'intervention ne réside pas tant dans la technique en soi, mais plutôt dans le contexte dans lequel elle apparaît. Il se pourrait donc, par exemple, que les intervenants qui utilisent cette technique soient plus chaleureux lorsqu'ils accueillent les jeunes, ou encore que cette technique apparaisse dans des contextes de résolution de problèmes fructueuse. Il en va de même pour la technique *Mettre des limites*. Cette technique semble utilisée dans une variété de contexte où l'intervention ne semble pas répondre aux attentes et aux besoins des utilisateurs. La non-réponse aux besoins et attentes des utilisateurs est probablement le principal facteur qui explique l'association entre cette technique et les impacts négatifs. Il se pourrait également que

cette technique soit généralement utilisée avec des utilisateurs plus difficiles. Le dénombrement de techniques d'intervention ne permet pas de faire ces distinctions.

Une autre faiblesse de la thèse réside dans l'emploi, dans l'étude de Tel-jeunes, d'une version de l'item du BDI dont l'un des choix de réponses décrit un désir de mort. Bien qu'il n'y ait pas consensus en suicidologie sur le rôle et l'importance des idées de mort dans le processus suicidaire (Baca-Garcia *et al.*, 2011), il aurait été plus sage de choisir une version de la question du BDI dont tous les choix de réponses mentionnent explicitement le suicide.

Enfin, nous n'avons pas pu effectuer une triangulation de données qualitatives et quantitatives par rapport à l'impact de la durée des interventions chez Tel-jeunes. Les résultats de l'Article 1 indiquent que le nombre de mots échangés est un meilleur indicateur de la qualité des interventions (la quantité de travail clinique effectuée) que la durée des interventions en soi. Ce résultat reflète probablement la nature asynchrone de la communication par texto : le délai entre les échanges peut varier selon la vitesse et le contexte de la communication. Malheureusement, le nombre de mots échangés n'a pas été relevé dans l'étude effectuée auprès de Tel-jeunes et les scores d'inter-juge sur la complétion des différentes étapes de l'intervention n'étaient pas satisfaisants. Il n'a donc pas été possible de corrélérer ces indicateurs aux impacts des interventions chez Tel-jeunes.

## 5.5 Implications

Dans la prochaine section, nous aborderons les implications des résultats de la thèse pour la formation des intervenants, pour les politiques des organismes partenaires, pour le milieu de la prévention du suicide et pour le milieu de la recherche.

### 5.5.1 Implications pour la formation des intervenants

Nos résultats nous ont informés sur la transférabilité des pratiques d'intervention actuellement utilisées en prévention du suicide à la communication par texto. L'exploration des ressources et solutions semblent être la pratique la plus facilement transférable à la communication par texto, alors que l'évaluation du risque suicidaire semble être la pratique la plus difficile à transférer à la communication par texto.

Dans la mesure où l'évaluation du risque suicidaire constitue une bonne pratique dans les lignes d'intervention téléphonique en prévention du suicide, il semble important que les intervenants effectuent une évaluation du risque suicidaire adéquate et qu'ils s'assurent que l'utilisateur ne soit pas en danger imminent ou à court terme. Or, nos deux études ont identifié d'importantes lacunes dans les pratiques d'évaluation du risque suicidaire. Lorsqu'il y a évaluation du risque suicidaire, la planification du suicide et les autres facteurs de risque associés au suicide sont rarement explorés. Ce résultat concorde avec ce qui a été décrit dans la littérature scientifique (Mokkenstorm *et al.*, 2017; Predmore *et al.*, 2017; Sindahl *et al.*, 2019). Cependant, le premier Article indique également que les intervenants qui ont investigué ces facteurs de risque obtiennent, dans la grande majorité des cas, des réponses à leurs questions. Il serait donc important de s'assurer que les intervenants soient adéquatement formés à l'évaluation du risque suicidaire. Il serait également pertinent de mieux comprendre les conditions nécessaires au déploiement de l'évaluation du risque suicidaire. Des groupes de co-développement autour de cette question nous semblent pertinents pour discuter des barrières et facilitateurs à l'évaluation du risque suicidaire.

Souligner les forces et bons coups des appelants était la seule technique d'intervention associée à de meilleurs résultats, et ce à la fois dans une population adulte (Article 1) et adolescente (Article 2). Ce résultat tend à valider la pertinence de l'approche orientée vers les solutions en prévention du suicide. Former les intervenants à cette approche pourrait les aider à mettre davantage d'emphase sur les forces et les ressources des utilisateurs.

Chez Tel-jeunes, mettre des limites s'est avéré négativement associé aux impacts des interventions dans la population adolescente. Il se pourrait que ces situations émergent lors d'interactions avec des utilisateurs plus difficiles. Puisque l'irritabilité est reconnue comme un facteur de risque associé à la suicidalité chez les jeunes (Benarous *et al.*, 2019), il est important que les intervenants apprennent à recadrer les attentes de ces jeunes lorsque nécessaire, mais de façon à préserver le lien de confiance entre ces utilisateurs et l'organisation. Des groupes de co-développement autour de cette question nous semblent également pertinents pour identifier des pratiques d'intervention prometteuses à promouvoir pour les utilisateurs plus difficiles.

### 5.5.2 Implications pour les politiques des organismes partenaires

Le SCPS souhaite établir des standards en matière de bonnes pratiques à travers son réseau. Nos résultats indiquent que l'approche orientée vers les solutions semble être une approche d'intervention prometteuse pour l'intervention par texto. La diffusion de nos résultats dans le réseau du SCPS, ainsi que la mise à disposition de formations sur l'approche orientée vers les solutions, seraient des moyens de promouvoir cette approche auprès des centres de crise affiliés au réseau.

Chez Tel-jeunes, nos résultats indiquent que mettre des limites est une technique utilisée dans une variété de situations où l'intervenant doit recadrer les attentes de l'utilisateur par rapport aux services que l'organisation peut leur prodiguer. Tel-jeunes devrait donc explorer les besoins sous-jacents à ces attentes, et s'interroger sur les stratégies que l'organisation pourrait mettre en place pour y répondre. Par exemple, l'organisation pourrait entreprendre une réflexion autour de la possibilité d'offrir une forme de suivi à certains utilisateurs, et peut-être mettre en place des mécanismes pour faciliter la mise en relation des jeunes avec les ressources référées.

De même, la durée des interventions chez Tel-jeunes s'est avérée un élément central des critiques des jeunes à l'égard du service reçu. La durée moyenne d'intervention était de 36 minutes pour les jeunes non suicidaires et de 40 minutes pour les jeunes suicidaires. Ces chiffres sont largement inférieurs à ce qui a été relevé dans la littérature grise et scientifique, surtout en ce qui a trait au temps normalement dédié aux utilisateurs suicidaires dans les lignes d'intervention par texto. Une importante réflexion s'impose donc quant à la durée des interventions et au compromis optimal entre l'accessibilité du service et la qualité des interventions qui y sont prodiguées.

Nos résultats indiquent qu'une proportion importante des utilisateurs du service d'intervention par texto de Tel-jeunes présente un risque suicidaire. À la lumière de ce résultat, il semble important que l'organisme entreprenne une réflexion sur la possibilité d'implanter une politique d'évaluation systématique du risque suicidaire. Il faudrait cependant évaluer l'impact de l'implantation d'une telle politique afin d'éviter toutes conséquences inattendues impliquant des effets iatrogènes. À titre d'exemple, une évaluation du service d'intervention par courriel des samaritains au Royaume-Uni révéla que les utilisateurs avaient parfois l'impression que les intervenants ne s'intéressaient à eux que s'ils avaient des idées suicidaires (Samaritans, 2014). L'organisation arriva à la conclusion que c'était parce que l'évaluation du risque suicidaire par écrit donnait parfois l'impression que l'intervenant ne

s'intéressait à l'utilisateur que s'il présentait un risque suicidaire. Ils ont donc développé une procédure spécifique pour le courriel où l'intervenant explore d'abord les sentiments de désespoir et d'impuissance avant de poser des questions sur le suicide. Chez Tel-jeunes, il faudrait éviter que les jeunes qui ne pensent pas au suicide aient l'impression de ne pas faire partie de la clientèle du service.

Qui plus est, le texto est un mode de communication plus lent que le téléphone. En conséquence, conduire une évaluation complète du risque suicidaire d'un utilisateur peut prendre plus du temps au texto qu'au téléphone. Un service d'intervention par texto qui implante une politique d'évaluation systématique du risque suicidaire verra donc probablement la longueur de ses interventions augmenter. L'augmentation de la durée des interventions pourrait avoir pour conséquence une diminution de l'accessibilité du service, par exemple, par le biais d'une augmentation du temps d'attente avant d'être mis en contact avec un intervenant. Dans ce contexte, il serait peut-être sage d'utiliser de courts questionnaires pré-intervention afin d'obtenir des informations sur le risque suicidaire de l'utilisateur avant l'intervention, et ainsi possiblement accélérer l'évaluation du risque suicidaire.

### 5.5.3 Implications pour le milieu de la prévention du suicide

À la lumière de nos résultats, il semble important de reconnaître le rôle des lignes jeunesse dans la prévention du suicide des jeunes. Les lignes jeunesse doivent être intégrées davantage au milieu de la prévention du suicide et doivent avoir accès aux ressources nécessaires à la réalisation de leur mission auprès des jeunes qui pensent au suicide (par exemple, par le biais de l'accès à de la formation). Sans ces ressources, les lignes d'intervention jeunesse risquent d'être dépassées par l'afflux d'utilisateurs suicidaires dans leurs services et de les rediriger vers des ressources spécialisées à la prévention du suicide. Or, comme l'indiquent les résultats de l'Article 2, le repérage des jeunes à risque suicidaire représente un défi pour les lignes jeunesse, et rien n'indique que la volonté de renforcer leur mission généraliste résultera en une quantité moins grande de jeunes à risque suicidaire qui les contactera. Il se pourrait ainsi que les lignes jeunesse soient *condamnées* à intervenir auprès d'une clientèle à risque suicidaire. Le cas échéant, réaffirmer sa mission généraliste risque d'avoir comme conséquence un effet de type *Ne demandez pas, n'en parlez pas* (Dont ask, dont tell) plutôt qu'un changement dans les types de clientèles qui les contactent. Les lignes jeunesse devraient donc être reconnues comme un acteur important de la prévention du suicide et avoir accès aux mêmes ressources que les centres de crise et les centres de prévention du suicide.

#### 5.5.4 Implications pour la recherche

Nos résultats ont plusieurs implications pour le milieu de la recherche et l'avancement des connaissances.

Puisque d'importantes lacunes ont été observées quant à l'évaluation du risque suicidaire dans les interventions par texto, davantage de recherches sont nécessaires pour déterminer les conditions nécessaires au déploiement de pratiques d'évaluation du risque suicidaire adéquates dans ce type de service. Ces recherches devraient viser à répondre aux questions de recherche suivantes : les évaluations du risque suicidaires complètes sont-elles possibles au clavardage et texto? Si oui, combien de temps doivent durer les interventions pour qu'elles soient réalisables et quelles sont les conditions nécessaires à leur déploiement? Si non, quels critères permettent d'apprécier le mieux le degré de dangerosité de passage à l'acte des utilisateurs? Combien de temps les interventions doivent-elles durer pour que ces critères puissent être explorés? Lorsque l'intervenant évalue le risque suicidaire de l'utilisateur de manière exhaustive, y a-t-il des effets positifs ou négatifs sur les autres aspects de l'intervention?

Dans un même ordre d'idées, la cueillette d'informations en amont sur le risque suicidaire des utilisateurs semble être une stratégie prometteuse pour faciliter l'évaluation du risque suicidaire. Davantage de recherches sont nécessaires pour explorer les avantages et les inconvénients de l'implantation de différents systèmes de triage et de collectes de données pré-intervention dans les services d'intervention par clavardage et texto, et ce autant pour les lignes jeunesse que pour les services s'adressant principalement des adultes.

Davantage de recherches sont également nécessaires pour estimer la proportion des utilisateurs des services d'intervention par texto des lignes jeunesse qui présentent un risque suicidaire. Ces recherches sont essentielles afin de bien estimer le nombre d'utilisateurs à risque suicidaire qui utilisent ces services et de décrire leur profil de suicidalité. Ces informations sont également nécessaires pour apprécier le rôle qu'occupent actuellement les lignes jeunesse dans la prévention du suicide des jeunes, et mieux déterminer le rôle qu'elles devraient éventuellement occuper. Ces recherches devraient utiliser des instruments standardisés afin de comparer le profil de suicidalité de ces jeunes à celui de jeunes issus de différentes populations (dont la population générale).

Nos résultats indiquent que les services d'intervention par texto sont majoritairement utilisés par des adolescentes et des jeunes femmes. Davantage d'études sont nécessaires pour expliquer les différences de genre quant à l'utilisation de ces services. Aussi, il est important de mieux évaluer différentes méthodes pour inciter plus d'hommes à risque suicidaire à utiliser ces services.

Nos résultats indiquent également que les interventions par texto ne répondent pas toujours aux besoins et attentes des utilisateurs. Davantage de recherches, tant qualitatives que quantitatives, sont nécessaires pour mieux comprendre les besoins et attentes des jeunes et des adultes qui utilisent les services d'intervention par clavardage et texto.

Dans un même ordre d'idée, nos résultats mettent en lumière la possible existence d'un phénomène d'appelants fréquents au texto. Si les appelants fréquents des services d'intervention par texto sont similaires aux appelants fréquents des services d'intervention téléphonique, il se pourrait qu'ils aient des besoins particuliers qui nécessitent le développement de pratiques d'intervention adaptées à leurs besoins. Davantage d'études sont nécessaires pour identifier ces besoins et les pratiques à promouvoir pour y répondre.

Pour ce qui est des aspects méthodologiques des évaluations de services d'intervention par clavardage et texto, les recherches futures devront aller au-delà d'une opérationnalisation des pratiques d'intervention fondée sur la fréquence d'utilisation des différentes techniques d'intervention. La fréquence d'utilisation d'une technique d'intervention est en soi une la boîte noire : une même technique d'intervention peut avoir différentes fonctions selon le contexte dans lequel elle est utilisée. Davantage de recherches qualitatives et mixtes sont nécessaires afin de mieux comprendre le contexte d'utilisation des différentes techniques d'intervention, et d'analyser leurs impacts en fonction des contextes dans lesquels elles sont utilisées. Les recherches futures devraient conceptualiser les interventions comme un processus dynamique où l'intervenant influence le comportement de l'utilisateur, et l'utilisateur influence le comportement de l'intervenant. Les comportements des utilisateurs devraient donc être considérés parfois comme des variables dépendantes, parfois comme des variables indépendantes. L'utilisation de techniques d'analyse statistique sophistiquées, tel que les équations structurelles et les chaînes de Markov permettraient peut-être d'identifier des patrons d'interactions entre les utilisateurs et les intervenants et ainsi nous informer davantage sur les dynamiques cliniques à l'œuvre dans les interventions par texto.

En ce qui a trait aux meilleures pratiques d'intervention, les études futures devront aller au-delà de l'évaluation de la transférabilité des pratiques d'intervention actuellement utilisées dans les centres de prévention du suicide, et investiguer plus en profondeur les pratiques d'intervention prometteuses qui ont été identifiées dans les recherches sur l'intervention par clavardage et texto. Ces pratiques sont : procéder à une exploration exhaustive de la situation et des émotions de l'appelant, valider la compréhension de la situation auprès de l'appelant, adopter un style de communication informel et employer un langage texto (abréviations, ponctuations, émoticons), maintenir une bonne vitesse de communication, dévoiler à l'occasion des informations personnelles, donner des conseils et faire des suggestions lorsque l'appelant le demande. De même, les études futures devraient investiguer davantage les pratiques à éviter qui ont été identifiées dans la littérature grise et scientifique, soit : poser une succession rapide de questions ou poser plusieurs questions à la fois, insister pour obtenir des informations lorsque l'appelant est réfractaire à les divulguer, entreprendre la résolution de problèmes tôt dans la conversation, confronter les appelants à propos de leur manque de coopération ou de réceptivité aux interventions. Nos résultats tendent à valider les impacts positifs et négatifs de plusieurs de ces pratiques. Or, les recherches futures devront mieux opérationnaliser ces construits et mobiliser plusieurs méthodes d'observation pour évaluer leurs impacts.

Les données disponibles indiquent que l'intervention par texto en prévention du suicide constitue un mode d'intervention intéressant, mais de nombreuses questions demeurent quant à son impact sur le risque suicidaire. La grande majorité des études portant sur l'efficacité des interventions par clavardage et texto, incluant les études qui constituent cette thèse, ont utilisé des devis transversaux et ne comportaient pas d'indicateurs de la variation du risque suicidaire. Les recherches futures devraient utiliser des devis longitudinaux mesurant les impacts des interventions sur le risque suicidaire à court et moyen termes.

Dans le cadre de cette thèse, nous avons utilisé les mêmes concepts et instruments pour décrire et évaluer l'impact des pratiques d'intervention par texto effectuées auprès d'adolescents et d'adultes. Une limite de cette approche est qu'elle tend à éclipser les différences entre les interventions effectuées auprès de ces deux populations. Des recherches futures devraient adopter une approche davantage inductive afin d'explorer les particularités des interventions effectuées auprès des adolescents et des adultes, et viser à identifier des pratiques spécifiques à promouvoir auprès d'eux.

Enfin, le nombre de publications scientifiques relatives à l'emploi de l'intelligence artificielle dans le domaine de la prévention du suicide a explosé au cours de la dernière décennie (Mörch, 2019). Les avancées technologiques en intelligence artificielle ont d'ailleurs déjà commencé à impacter l'univers de l'intervention par texto et clavardage en prévention du suicide. À titre d'exemple, l'organisation Crisis Textline a développé un algorithme d'intelligence artificielle permettant de prédire, à partir du premier message texte envoyé par l'appelant, la probabilité qu'une intervention se conclura par l'envoi de services d'urgence. Selon les données de l'organisme, qui n'ont jamais été publiées dans une revue scientifique, cet algorithme permettrait d'identifier 86% des jeunes qui présentent un risque imminent de passage à l'acte (Gupta, 2018). De même, l'organisation 113 Online collabore depuis plusieurs années avec des chercheurs en intelligence artificielle pour développer des outils de soutien clinique pour leurs intervenants. L'une des innovations que l'organisation tente de développer est un algorithme qui suggère à l'intervenant, en temps réel, des pistes d'intervention. Ces suggestions prennent la forme d'extraits de transcriptions d'interventions similaires à celle que l'intervenant est en train d'effectuer, La reconnaissance des émotions à partir de transcriptions d'intervention constitue également un domaine de recherche prometteur pour l'intervention par texto. Une collaboration entre le Centre de Recherche Informatique de Montréal (CRIM) et le CRISE a d'ailleurs été lancée en 2021 afin d'explorer la possibilité de développer un algorithme qui identifierait en temps réel les émotions des appelants dans les interventions par clavardage et texto. Comme l'illustrent ces exemples, l'emploi de l'intelligence artificielle dans les interventions par texto et clavardage est un domaine prometteur. Les recherches futures devront évaluer les impacts de l'emploi de ces algorithmes sur le repérage des appelants suicidaires, sur l'évaluation de leur risque suicidaire, et sur l'efficacité globale des interventions. Étant donné l'enthousiasme et l'effet de mode que suscitent ces technologies, les recherches futures devront également porter attention aux inconvénients de l'emploi de ces algorithmes afin d'identifier de possibles effets iatrogènes.

## 5.6 Conclusion

Dans le cadre de cette thèse, nous avons mobilisé différentes méthodes d'observation directe et indirecte afin de décrire le profil des utilisateurs à risque suicidaire de services d'intervention par texto, décrire les pratiques de repérage et d'évaluation du risque suicidaire des intervenants de ces services, d'estimer l'impact de ces services pour leurs utilisateurs, d'évaluer la transférabilité des pratiques d'intervention actuellement utilisées dans les centres de prévention du suicide à l'intervention par texto, et d'identifier des pratiques prometteuses d'intervention par texto en prévention du suicide.

Nous avons établi que les services d'intervention par texto étaient majoritairement utilisés par des adolescentes et des jeunes femmes, qu'une importante proportion des jeunes qui utilisent les services d'intervention par texto de la ligne jeunesse Tel-jeunes présentent un risque suicidaire, que les services d'interventions par texto présentent d'importantes lacunes quant au repérage et à l'évaluation du risque suicidaire des utilisateurs présentant un risque suicidaire, qu'il est possible d'explorer de manière exhaustive les ressources et solutions des utilisateurs dans les interventions par texto, que la durée des interventions est un facteur important dans la qualité des interventions, que l'accueil et l'établissement d'un lien de confiance en début de contact est un élément essentiel au déploiement d'une intervention de qualité, que souligner les forces et les bons coups des utilisateurs représentent une pratique prometteuse pour l'intervention par texto, que les services d'intervention par texto ne répondent pas toujours aux besoins et attentes des utilisateurs, que l'intervention par texto présente une efficacité similaire à l'intervention téléphonique, que les jeunes qui présentent un risque suicidaire bénéficient moins que les jeunes non suicidaires des interventions par texto, et que plusieurs indices suggèrent l'existence d'un sous-groupe d'utilisateurs plus difficiles ou d'un phénomène d'appelants fréquents dans les services d'intervention par texto.

Cette thèse contribue donc d'une manière significative à l'avancement des connaissances sur l'intervention par texto en prévention du suicide. Elle constitue également un plaidoyer en faveur de la reconnaissance du rôle des lignes jeunesse dans la prévention du suicide des jeunes, à leur plus grande intégration au milieu de la prévention du suicide, et à leur accès aux ressources nécessaires à la réalisation de leur mission auprès des jeunes présentant un risque suicidaire.

**ANNEXE A**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

*Message d'invitation envoyé par texto*

Tel-Jeunes aimerait avoir ton opinion sur la qualité de son service d'intervention par texto. Nous t'invitons donc à répondre à ce court sondage. Le sondage prendra moins de 5 minutes à compléter. Tu dois avoir 14 ans ou plus pour participer au sondage. Merci de nous aider à améliorer notre service.

[Hyperlien vers formulaire de consentement](#)



<b>Étude des meilleures pratiques d'intervention par texto</b>
--

BUT GÉNÉRAL DU PROJET

Tel-Jeunes aimerait avoir ton opinion sur la qualité de son service d'intervention par texto. Nous t'invitons donc à répondre à ce court sondage. Le sondage prendra moins de 5 minutes à compléter. Tu dois avoir 14 ans ou plus pour participer au sondage. Merci de nous aider à améliorer notre service.

Ta participation au sondage nous aidera à mieux connaître les besoins des jeunes qui utilisent le service d'intervention par texto de Tel-Jeunes. Ta participation au sondage nous aidera également à améliorer nos méthodes d'intervention par texto.

ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Les données recueillies lors du sondage sont confidentielles. Ton numéro de cellulaire sera crypté par le logiciel de sondage afin de préserver la confidentialité de tes réponses. Seul Tel-Jeunes et un étudiant universitaire en psychologie auront accès à tes réponses. Les résultats du sondage seront utilisés par Tel-Jeunes pour améliorer

son service d'intervention par texto, et par l'étudiant universitaire pour compléter son doctorat et publier des articles scientifiques.

Il se peut que l'étudiant universitaire en psychologie regarde la transcription de ta conversation pour mieux comprendre tes réponses au sondage et pour évaluer la qualité du service que tu as reçu. Toutefois, ta conversation sera anonymisée et aucune information permettant de t'identifier ne sera transmise par Tel-Jeunes à l'étudiant universitaire en psychologie.

Les données recueillies seront enregistrées sur un disque dur externe qui sera conservé dans un bureau verrouillé en tout temps à l'Université du Québec à Montréal. Elles seront détruites cinq ans après la dernière publication ou communication scientifique relative à ce projet de recherche.

#### PARTICIPATION VOLONTAIRE

Ta participation au sondage est volontaire. Cela signifie que tu acceptes de participer au sondage sans aucune pression extérieure. Tu peux arrêter de remplir le sondage en tout temps. Ton accord à participer au sondage implique que tu acceptes que Tel-Jeunes et l'étudiant universitaire puissent utiliser les informations recueillies.

#### DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR TES DROITS?

Pour des questions additionnelles sur le sondage, et sur ta participation et sur tes droits en tant que participant, tu peux communiquer avec :

Tel-Jeunes

---

Numéro de téléphone : 514 288-1444

Adresse courriel : [info@teljeunes.com](mailto:info@teljeunes.com)

#### SIGNATURES :

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à participer à ce sondage.

Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner.

Si deux cases cochées = Hyperlien vers formulaire vers sondage

**ANNEXE B**  
**GRILLE DE CODIFICATION**

ID de conversation :                      Âge :                      Genre :

Début (heure) :                      Fin (heure) :                      Durée (min) :

Raison première du contact	
Nature du problème ou de la situation <u>amenant l'appelant à contacter le service</u>	
1. Problématique suicidaire de l'appelant	12. Décès d'un proche – deuil
2. Problématique suicidaire d'un pair ou d'un proche	13. Intimidation en milieu scolaire
3. Problèmes familiaux (avec les parents ou les enfants)	14. Victime de violence verbale (humiliation, victimisation, abus verbal) *
4. Problèmes affectifs et relationnels (amis ou amours)	15. Victime de violence physique (agression, agression sexuelle, abus physique) *
5. Problèmes scolaires ou professionnels	16. Solitude - isolement
6. Problèmes avec la loi	17. Problème de santé physique
7. Agresser physique ou verbal	18. Problème d'un tiers
8. Avortement – grossesse	19. Demande d'information (numéro) :
9. Problème de santé mentale	20. Autre :
10. Automutilation	* Autre qu'intimidation en milieu scolaire
11. Problème de consommation/dépendance	

**ÉVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE**

**Critère général**

Un item est considéré exploré par l'intervenant si et seulement si celui-ci demande une question à ce sujet.

## Cotation

---

1= Ni révélé ni exploré

2= Révélé spontanément par l'appelant → non exploré par l'intervenant

3= Révélé spontanément par l'appelant → exploré par l'intervenant

4= Révélé par l'appelant à la suite de l'exploration de l'intervenant

5= Exploré par l'intervenant mais non révélé

---

RS.1 - Présence d'idéations suicidaires	1 – 2 – 3 – 4 – 5
RS.2 - Présence d'une planification suicidaire	1 – 2 – 3 – 4 – 5
RS.3 - Capacité à se contrôler	1 – 2 – 3 – 4 – 5
RS.4 - Présence d'un historique de tentative de suicide	1 – 2 – 3 – 4 – 5
RS.5- L'appelant est-il seul?	1 – 2 – 3 – 4 – 5
RS.6- Consommation de substances	1 – 2 – 3 – 4 – 5

---

### RS.1 Présence d'idéation suicidaire

#### Critères

Termes acceptés : suicide, suicidal, killing myself, killing yourself

Toute question ou affirmation au sujet de la fréquence des idées suicidaires et/ou la présence d'idées suicidaires

#### Exemples

*You mentioned that you are not wanting to live. It is a tough question but I just would like to ask. Are you having thoughts of suicide?*

*Are you thinking about suicide right now?*

1a. Est-ce que l'intervenant demande directement au textant s'il pense au suicide?

Oui/Non

## RS.2 Présence d'une planification du suicide

### Critères

Toute question ou affirmation au sujet de la planification du suicide. Il est à noter que la planification du suicide inclus les questions sur le plan, sur le moyen, l'endroit, le où, le quand et le moment que la personne pourrait avoir choisi pour se suicider.

### Exemples

*You said that you have had a plan for a long time. What does this look like?*

*Do you know how you would kill yourself*

*Did you set a date to kill yourself*

## RS.3 Capacité à se contrôler

### Critères

Toute question ou affirmation qui concerne explicitement la capacité à se contrôler

Termes acceptés : contrôl\*, impulsivité

### Exemples

*Do you think that you can control from killing yourself for the next 24 hours?*

*How much control do you have on your suicidal ideas right now?*

## RS.4 Présence d'un historique de tentative de suicide

### Critère

Toute question ou affirmation qui concerne une tentative de suicide antérieure

### Exemples

*Have you ever tried to kill yourself before*

*Have you attempted suicide before*

## RS.5 l'appelant est-il seul

### Critère

Toute question ou affirmation au sujet de la présence actuelle de personnes près du textant

### Exemples

*Are your parents there?*

*Is there anyone with you right now 6*

## RS.6 Consommation de substance

### Critère

Toute question ou affirmation concernant la consommation de substances (alcool/drogues/médicaments non-prescrits ou médicaments prescrits pris dans un but autre que pour celui qu'il est prescrit)

### Exemples

*Did you drink any alcohol tonight?*

*Have you taken any coke or speed?*

*Have you been using more lately?*

## Sauvetage d'urgence

### Critère

Le sauvetage d'urgence est considéré comme tel lorsque l'intervenant juge que la personne nécessite de l'aide des services de secours immédiatement.

Ce n'est pas votre perception qui compte, mais bien celle de l'intervenant

## Cotation

Sauvetage d'urgence	Oui/Non
Si oui, compléter cette section...	
Demande la localisation de l'appelant (où il se trouve?)	Oui/Non
Réfère l'appelant à un service d'urgence : 911, hôpital, toxico	Oui/Non
Informe l'appelant qu'il va contacter les services d'urgence (ex. : police, ambulance)	Oui/Non
Intervenant conclue la conversation avant l'arrivée d'un tiers ou des services d'urgence	Oui/Non
Appelant interrompt la conversation avant l'arrivée d'un tiers ou des services d'urgence	Oui/Non

## LES TECHNIQUES D'INTERVENTION

### FRÉQUENCE D'UTILISATION DES TECHNIQUES D'INTERVENTION

Consigne : Codez en fonction du comportement de l'intervenant. Notez sur chaque continuum votre appréciation de la fréquence d'utilisation de ces techniques d'intervention au cours de l'appel.

### Critères

L'on ne code pas les techniques d'intervention (sections 1 à 4) :

Dans le message d'accueil de l'intervenant

Lors de la conclusion :

- L'on ne code pas tous les messages, seulement ceux contenant des techniques d'intervention.
- L'emploi d'une technique d'intervention peut se faire sur plusieurs échanges.
- Une même technique d'intervention ne peut pas être codée plus de deux fois dans un même message.
- Une phrase peut être cotée pour plusieurs techniques
- En cas de doute mieux vaut être conservateur. Il n'est pas nécessaire d'attribuer une ou plusieurs cotations à une phrase dite par un intervenant. Si ça ne correspond pas à un item ne tentez pas de le faire correspondre...

## 1. EXPLORATION DE LA SITUATION

### A. Question sur l'élément déclencheur

#### Critères

L'intervenant questionne le textant sur le problème qui a déclenché la crise et/ou a amené le textant à avoir des idées suicidaires

#### Exemples

- INT: *you talked about your depression coming back to you – i'm assuming you've been working through this for a while*
- TXT: *Yeah, but this time it's worse. How many times am I expected to go through this before it's acceptable for me to take a way out*
- TXT: *Okay. I want to kill myself.*
- INT: *I'm sorry you feel like that. Would you like to talk about what's going on?*
- INT: *Is there something specific that has happened to increase your thoughts of suicide?*

### B. Exploration des émotions

L'intervenant pose des questions ouvertes ou directes qui amènent l'appelant à explorer davantage ses émotions et ses sentiments. Critères

Toutes questions qui concernent les émotions du textant

#### Exemples

- *Can you tell me more about these feelings that you are having?*
- *Tell me more about your anger*
- *Are you often that sad?*
- *Tell me more about how you feel when you said that you feel like you're slowly losing grip of reality.*

### C. Recadrage

L'intervenant dit des choses qui mettent l'expérience de l'appelant en perspective, analyse la situation, les émotions et le point de vue d'autres personnes sur la crise. L'intervenant ajoute un niveau d'explication ou de compréhension.

#### Critères

Toute analyse de la situation du textant-e réalisée par l'intervenant-e qui vise à explorer ou à apporter quelque chose de nouveau dans l'expérience du textant-e

Demandez-vous la question : Est-ce que l'intervenant aide le textant à voir sa situation autrement?

### Exemple(s)

- TXT: *i just want to feel at ease..im so tired of being anxious and stressed and sad all of the time im trying to be nice to myself im trying to do things that make me happy but i feel like happiness is a privilege that i dont get to feel*
- INT: *This is called self-care and it's extremely important.*
- INT: *For example, right now you are reaching out to share your feelings - that's self-care*
  
- TXT: *Yeah, but this time it's worse. How many times am I expected to go through this before it's acceptable for me to take a way out*
- INT: *what I'm hearing is you've been through this before and you've come through. each time that gives you more experience and more fight*
  
- TXT: *Not really... I just finished school, started a job. I feel like I have enough in my life that I should be happy, like I don't actually have any real problems which makes me angry at myself for basically struggling with nothing.*
- INT: *It's alright to feel angry, but at the same time it's important to realize that every individual can struggle with something and deal with things differently to their own capacity.*
- TXT: *i have no desire to live anymore i have none. i cant believe that its completely gone but i have none left. i have nothing but hatred for life i want it to end. the world shouldnt exist but im scared of dying. not of death, but of dying, and the possibility of failing*
- INT: *It sounds like you have been in this place before and something has given you the desire or drive to live.*

## D. Validation

### Critères

Toute intervention visant à normaliser l'expérience du textant

Toute intervention visant à faire sentir au textant que son expérience est valable, justifiable ou crédible aux yeux de l'intervenant

Si l'intervenant dit qu'il a vécu la même chose que le textant ce n'est pas de la validation, c'est un dévoilement de soi.

### Exemples

- TXT: *i cant say it to her face, i dont have to gut to because i dont know what she would sayand to commit suicid*

- INT: *it can be very hard to talk about these kind of thing with loved ones, and might be a bit of struggle at first*
- TXT: *Everything just feels hopeless, and I'm finding it extremely hard to talk about*
- INT: *Talking about it can absolutely be hard, and reaching out to talk about it can take a lot of courage.*

## E. Soutien moral

*L'intervenant exprime à l'appelant qu'il est présent ou concerné lorsqu'il exprime ses sentiments.* Critères

Toute intervention visant à communiquer au textant que l'intervenant est disponible/présent pour lui

Toute intervention visant à dire au textant que l'intervenant se sent concerné par ce que le textant lui écrit

### Exemples

- *I'm sorry to hear that you're having problems. I can help you express what you're having a hard time with if you'd like?*
- *It sounds like you're having a hard time. Just to let you know, you're not alone.*
- *I'm with you. You are not alone.*
- *I care about what you are telling me*
- *What you are telling me touches me*

## F. Exploration des besoins et des attentes

*L'intervenant questionne l'appelant sur ses attentes ou besoins par rapport à l'intervention.*

### Critère

Toute intervention visant à explorer les besoins ou encore les attentes du textant par rapport à l'intervention

### Exemples

- *What are your expectation in reaching out for us tonight?*

## 2. INTERVENTION GÉNÉRALE

### A. Reformulation et clarification

*Reformuler, paraphraser ou résumer ce que dit l'appelant - répéter des mots exacts n'est pas une reformulation.* Critères

Toute intervention visant à reformuler (pas répéter directement) ce que le textant vient d'écrire

Toute intervention visant à obtenir une clarification au sujet de ce que le textant vient d'écrire

Les résumés (ensemble de reformulations) sont considérés comme des reformulations

## Exemples

- *TXT: because i hear people complain about me all the time a lot of the time to my facereminding me that im so smartand then telling me that im less capable of things than a 12 year oldim so tired of livingi cant deal with any of it anymoreive only ever been a problem to everyone*
- *INT: It sounds like you are getting mixed messages and that's confusing for anyone*
- *TXT: I'll never be happy, it's a lie, recovery is a lie, love is a lie. No one cares, and I don't care if anyone does because I just can't live through this anymore*
- *INT: So you don't feel like there is anything in your life that's worth living for?*

## B. Complimenter

*L'intervenant complimente l'appelant*

### Critère

Toute intervention visant à complimenter le textant

### Exemples

- *You have a great sense of humour!*
- *Congrats on finishing school and starting a job.*

## C. Mettre des limites

*L'intervenant tente explicitement de réguler le comportement et les attentes de l'appelant à l'égard de l'intervention.* Critère

Toute intervention qui vise à mettre une limite/un cadre au textant par rapport à l'intervention

### Exemples

- *Unfortunately we cannot talk about this topic on this crisis line*
- *We've been talking about this for long enough. We should talk about a different topic*

## D. Responsabilisation

*L'intervenant responsabilise l'appelant face à sa situation*

### Critère

Toute intervention visant explicitement à responsabiliser le textant par rapport à sa situation. C'est-à-dire de lui communiquer que le changement passe par lui avant de passer par son environnement.

### Exemples

- *The changes has to come from you.*
- *You need to be motivated for things to get better*

## E. Psycho-éducation

*Intervention visant à informer la personne au sujet d'une problématique de santé mentale*

### Critère

Toute intervention visant à donner des informations factuelles sur les problèmes de santé mentale et comment fonctionnent les ressources

### Exemples

- Psychotherapy + antidepressant are associated to better results in the treatment of depression.
- You won't die from a heart attack when you are doing a panick attack
- If you are over fourtheen you have the right to confidentiality

## 3. RESSOURCES

### Critères généraux

Les ressources sont autant des stratégies d'adaptation que des personnes qui peuvent l'aider à faire face à ses difficultés actuelles

A. L'intervenant pose des questions sur les ressources de l'appelant*L'intervenant pose des questions directes pour évaluer les ressources de l'appelant, ses stratégies d'adaptation présentes et passées, et identifier des solutions possibles à ses problèmes.*  
Critère

Toute intervention visant à amener le textant à identifier des solutions ou des ressources présentes ou passées en lien avec ses difficultés sans que l'intervenant lui en propose

La question porte sur un objet déjà identifié

La question porte sur une ressource actuelle du textant

### Exemples

- *Given the fact that these feelings of suicide are not new to you, what did you find was most helpful to overcome those feelings in the past?*
- *Is there anything that you've tried or have thought of trying whenever you feel like the thought of suicide come up for you? Any which you feel may have helped to alleviate the thought?*

B. L'intervenant encourage l'appelant à identifier ses propres ressources et solutions. L'intervenant encourage l'appelant à identifier ses propres ressources. L'intervenant donne le contrôle à l'appelant dans le processus de recherche de ressources et de solutions. Critère

Toute intervention visant à encourager le textant à identifier ses propres ressources et les solutions qui pourraient être appliquées au problème actuel. Ces interventions visent le futur.

L'intervenant ne doit pas proposer une façon de résoudre le problème.

L'intervenant ne doit pas proposer de ressources dans son intervention

Et pistes de solutions

IL n'y a pas de suggestion dans les questions. C'est comme ça que l'on différencie avec le c

### Exemples

- *Given that you have no means available at the moment, Is there anything that you can do to keep yourself safe for tonight?*

C. L'intervenant suggère un moyen de résoudre le problème.

L'intervenant propose des idées générales, sans donner de nom ou de numéro de téléphone précis.

L'intervenant peut expliquer le fonctionnement d'une ressource locale.

### Critère

L'intervenant propose au textant une façon de régler son problème, d'améliorer sa situation ou d'assurer sa sécurité.

### Exemples

- *Meditation could help you when you are feeling anxious*
- *Are there any support groups you could go to?*

- *You can listen to music to soothe yourself*

### C1. L'intervenant encourage l'appelant à parler de sa situation à un professionnel

#### Critère

Toute intervention où l'intervenant *encourage* le textant à consulter des intervenants professionnels. Ceci inclus tous les professionnels de la santé tels que les psychologues, les travailleurs sociaux (TS), les Techniciens en travail social (TES), les psychiatres, etc. ainsi que les intervenants spécialisés œuvrant dans le communautaire ex : intervenant du centre de crise, intervenant de Suicide Action Montréal (SAM)/centre de prévention du suicide

#### Exemples

- *Talking about your situation to a counselor could help you*
- *Telling this to your general practitioner might be good for you*

### E2. L'intervenant encourage l'appelant à parler de sa situation à un pair ou un proche

#### Critères

Toute intervention où l'intervenant *encourage* le textant à parler de sa situation à un membre de sa famille ou à l'un de ses amis

#### Exemples

- *Talking to your friend about your situation might help you to feel less lonely*
- *I suggest that you try telling this to your parents*

## 4. ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION

### Critère général

Le plan d'action implique une intervention où l'intervenant tente d'identifier avec le textant une action concrète qu'il pourrait faire après ou pendant l'échange pour résoudre son problème, se sentir un peu mieux ou encore assurer sa sécurité

Un plan d'action est une entente précise entre l'intervenant et le textant sur ce que celui-ci pourrait faire à court terme.

### A. L'intervenant propose d'accompagner le textant à un plan d'action? oui/non

#### Exemple

- *Call me and we will try to reach the crisis line together*

## B. L'intervenant tente d'obtenir l'adhésion du textant à un plan d'action? oui/non

- Do you think that it's doable for you to tell your parents about your suicidal thoughts tonight?
- *Wil you call your counselor tomorrow like we said earlier?*

## 5. RÉFÉRENCE

### A. L'intervenant donne une référence spécifique? Laquelle

#### Critères

Toute intervention visant à donner une ressource au textant qui est autre que le service de textos

### B. l'appelant demande une référence spécifique laquelle

#### Critère

Toute demande de référence du textant pour un problème spécifique

## 6. TERMINAISON

### Critères généraux

Il est important de déterminer qui prend l'initiative de terminer la session, même si ce n'est pas toujours explicite

Est considérée comme prenant l'initiative de terminer la session la première personne qui indique par sa façon de formuler sa pensée que l'entretien tire à sa fin ou qu'il est terminé.

Fermeture imminente du service – intervention interrompue en raison de la fermeture du service à 2h00

L'intervenant conclut l'intervention, car il juge que le textant manque de motivation ou ne coopère pas à l'intervention

L'intervenant conclut l'intervention, car il n'a pas eu de nouvelles du textant pendant plus de 10 minutes

L'intervenant conclut l'intervention, car il estime que le temps qu'il voulait accorder à la personne qui utilise les services sont écoulées

## Degré de mise en œuvre des différentes étapes du modèle d'intervention

### Critères généraux

Le degré de mise en œuvre des différentes étapes du modèle d'intervention est une mesure de résultat. Nous cherchons à identifier le degré de complétion des différentes étapes du modèle d'intervention.

### **Évaluation du risque suicidaire – 0 – 1 – 2 – 3**

*Définition : L'intervenant évalue le risque suicidaire et pose les questions sur la planification et les principaux facteurs de risque – RS 1 à RS 6 de façon à pouvoir estimer si la sécurité de du textant doit être assurée de façon justifiant un signalement ou non et à pouvoir mettre en place un plan de sécurité adéquat.*

*Concepts clés : idéations actuelles, collaboration, éléments de planification, contrôle, tentatives, filet de sécurité, proches, consommation, intoxication.*

0 = Aucun progrès n'a été réalisé à cette étape.

Nous n'avons aucune information sur la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire.

Exemple : Un appelant décrit sa situation sans parler d'idées suicidaires et l'intervenant n'aborde pas ce sujet.

Où, l'appelant donne des indices plus ou moins directs de suicidalité et l'intervenant ne pose aucune question là-dessus.

1 = L'étape a été mise en œuvre avec une profondeur superficielle ou minimale. Nous savons que le textant pense au suicide, mais il nous est impossible de déterminer si elle a un plan suicidaire (Comment, où et quand il va le faire)

2 = L'étape a été mise en œuvre avec une profondeur suffisante

Nous savons comment la personne veut se suicider, où elle va le faire et quand/à quel moment ou nous savons que la personne n'a pas de plan. Il est important de noter que le fait de savoir que le textant ne sais pas comment, où et quand il va le faire constitue en soi une réponse. Pour pouvoir coter 2 il est nécessaire d'avoir de l'information sur les trois éléments de la planification du suicide ou de savoir que la personne n'a pas de plan.

Voici un exemple où le fait de ne pas savoir constitue une réponse en soi :

- INT: Do you know how/where/when you want to kill yourself?
- TXT: I don't know

3 = L'étape a été mise en œuvre de manière exhaustive

Nous savons comment la personne veut se suicider, où elle va le faire et quand/à quel moment ou nous savons qu'elle n'a pas de plan. En plus nous savons si elle a déjà fait une tentative de suicide auparavant et à quel point elle est en mesure d'arriver à se contrôler. D'autres aspects de la dangerosité peuvent

aussi avoir été exploré, tels que l'usage de substance, la présence de proche, l'adhésion à un suivi auprès d'un professionnel de la santé mentale.

### **Identification des ressources et des solutions 0 – 1 – 2 – 3**

*Définition : l'intervenant s'est attardé à identifier les ressources de l'appelant et à identifier des solutions à son problème : habiletés personnelles, stratégies d'adaptation utilisées dans le passé ou dans une situation similaire, personnes ressources qui sont là pour l'aider, stratégies d'adaptation et de résolution de problème qui pourraient être utilisées dans la situation actuelle, etc.*

*Concepts clés : ressources et solutions actuelles et potentielles; sources de soutien de proches, pairs ou professionnels; stratégies d'adaptation et de résolution de problème, etc.*

0 = Aucun progrès n'a été mise en œuvre à cette étape. Aucune information sur les ressources actuelles ou potentielles du textant et sur ses stratégies d'adaptation est présente. Nous ne savons pas comment il pourrait utiliser ces ressources pour améliorer sa situation ou pour régler son problème.

1 = L'étape a été mise en œuvre avec une profondeur superficielle ou minimale Des informations sur les ressources actuelles/potentielles du textant ou sur ses stratégies d'adaptation sont présentes. Nous ne savons pas comment il pourrait utiliser ces ressources pour améliorer sa situation ou pour régler son problème

2 = L'étape a été mise en œuvre avec une profondeur suffisante Des informations sur les ressources actuelles/potentielles du textant ou sur ses stratégies d'adaptation sont présentes. Nous savons aussi comment il pourrait utiliser une ressource OU une stratégie d'adaptation pour améliorer sa situation ou pour régler son problème.

3 = L'étape a été mise en œuvre de manière exhaustive Des informations sur les ressources actuelles/potentielles du textant ou sur ses stratégies d'adaptation sont présentes. Nous savons aussi comment il pourrait utiliser ces ressources pour améliorer sa situation ou pour régler son problème. Plusieurs façons d'utiliser ces ressources sont présentes

### **Élaboration d'un plan d'action 0 – 1 – 2 – 3**

*Définition : L'intervenant aide l'appelant à identifier des actions simples ou stratégies précises à mettre en place dans un court délai (où, quand, comment)*

*Concepts clés : Ce que l'appelant va faire après l'appel ou dans les jours qui suivent pour résoudre son problème, améliorer sa situation ou assurer sa sécurité (« D'ici à demain... Après notre conversation... »); etc.*

0 = Aucun progrès n'a été réalisé à cette étape. Aucune information sur le plan d'action est présente

1 = L'étape a été mise en œuvre avec une profondeur superficielle ou minimale L'information sur la finalité du plan d'action est présente, mais pas l'information concernant (Où quand et comment) le contexte de cette finalité.

TXT: *I will call the crisis center*

2 = L'étape a été mise en œuvre avec une profondeur suffisante L'information sur la finalité et le contexte (Où quand et comment) est présente.

TXT: *I will call the crisis center tonight and tell them about my suicidal thoughts*

3 = L'étape a été mise en œuvre de manière exhaustive L'information sur la finalité, le contexte (Où quand et comment) et de la gestion d'au moins 1 obstacle potentiel est réalisée.

- TXT: *I will call the crisis center tonight and tell them about my suicidal thoughts*
- INT: *And if they don't answer what are you gonna do?*
- TXT: *I will call my friend Lisa and tell her to come over.*

**ANNEXE C**  
**FORMULAIRE DE CODIFICATION**

Évaluation du risque suicidaire

RS.1 - Présence d'idéations suicidaires	1	2	3	4	5
RS.2 - Présence d'une planification suicidaire	1	2	3	4	5
RS.3 - Capacité à se contrôler	1	2	3	4	5
RS.4 - Présence d'un historique de tentative de suicide	1	2	3	4	5
RS.5- L'appelant est-il seul?	1	2	3	4	5
RS.6- Consommation de substances	1	2	3	4	5

1a. Est-ce que l'intervenant demande directement au textant s'il pense au suicide?

OUI                       NON

RS5a. Si l'appelant n'est pas seul, est-ce que les personnes sur place sont au courant que le textant pense au suicide présentement?

OUI             NON             INDÉTERMINÉ

Cotation Emergency rescue

Sauvetage d'urgence     OUI             NON

Si oui, compléter cette section...

Demande la localisation de l'appelant (où il se trouve?)                       OUI             NON

Réfère l'appelant à un service d'urgence : 911, hôpital, toxico                       OUI             NON

Informe l'appelant qu'il va contacter les services d'urgence                       OUI             NON

Intervenant conclue la conversation av arrivée tier ou urgence                       OUI             NON

Appelant interrompt la conversation av arrivée tier ou urgence                       OUI             NON

Techniques d'intervention	Notes	N. total
Validation – Normalisation		
Soutien moral		
Souligner une force, un bon coup		
Reformulation – Clarification		
Recadrage		
Questions sur les émotions		
Psychoéducation		
Exploration des besoins et attentes		
Mettre des limites		
Responsabilisation		
Questions sur les ressources		
Amener l'appelant à identifier ses ressources/solutions		
L'intervenant suggère une solution		

---

<b>Exploration d'un élément déclencheur</b>	OUI	NON
<b>Suggestion d'une ressource : parler à un proche ou un pair</b>	OUI	NON
<b>Suggestion d'une ressource : consulter un professionnel</b>	OUI	NON
<b>Cherche l'adhésion du textant à un plan d'action</b>	OUI	NON
<b>Propose d'accompagner le textant dans son plan d'action</b>	OUI	NON

**Degré de mise en œuvre – Encercler votre réponse**

Évaluation du risque suicidaire	0	1	2	3
Exploration de la situation	0	1	2	3
Identification des ressources et des solutions	0	1	2	3
Élaboration d'un plan d'action	0	1	2	3

5 A. L'intervenant donne une référence spécifique?

OUI  NON

5 B. Le textant demande une référence spécifique?

OUI  NON

5 C. Le textant demande une référence pour un problème spécifique?

OUI  NON

Qui termine la séance?

Intervenant  Textant

Si Intervenant, indiquez si c'est pour l'une de ces raisons :

Fermeture imminente du service – intervention interrompue en raison de la fermeture du service à 2h00

L'intervenant conclut l'intervention, car il juge que le textant manque de motivation ou ne coopère pas à l'intervention

L'intervenant conclut l'intervention, car il n'a pas eu de nouvelles du textant pendant plus de 10 minutes

L'intervenant conclut l'intervention, car il estime que le temps qu'il voulait accorder à la personne qui utilise les services est écoulé

ANNEXE D

CRISIS CALL OUTCOME RATING SCALE

**CRISIS CALL OUTCOME SCALE (CCORS)**

1	2	3	4	5	6	7
Complètement en désaccord	Modérément en désaccord	Un peu en désaccord	Neutre / Incertain	Un peu en accord	Modérément en accord	Complètement en accord

**Consigne** : Codez en fonction du comportement de l'appelant. Notez sur chaque continuum si vous êtes en accord ou en désaccord **avec le fait que vous avez observé chaque comportement pendant l'appel.**

1	L'appelant s'est éparpillé plutôt que de se concentrer sur le problème.	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
2	L'appelant a affirmé se sentir plus en confiance à la fin de l'appel	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
3	L'appelant a dit merci à l'intervenant	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
4	L'appelant n'a pas répondu aux questions de l'intervenant	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
5	L'appelant a discuté de nouveaux moyens plus efficaces pour faire face au problème	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
6	L'appelant a dit que l'intervenant ne se souciait pas vraiment de lui	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
7	L'appelant a présenté un plan d'action précis	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
8	L'appelant s'est dit satisfait de l'appel	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
9	L'appelant a dit qu'il se sentait mieux	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
10	L'appelant a soupiré de soulagement quand il a réalisé ce qu'il devait faire	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
11	La voix de l'appelant est demeurée frustrée/tendue/stridente tout au long de l'appel	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
12	L'appelant a verbalisé une perception déformée du problème	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

13	L'appelant s'est dit soulagé de sa souffrance/détresse	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
14	Le discours de l'appelant tournait en rond, ramenant à la fin de l'appel les même thèmes/problèmes que ceux du début	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
15	L'appelant a décrit plusieurs aspects importants du problème immédiat	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
16	L'appelant a dit que l'intervenant ne l'écoutait pas	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
17	L'appelant a dit accepter de chercher de l'aide auprès des organismes ou références suggérés par l'intervenant	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
18	L'appelant a accepté ses propres sentiments, disant "c'est correct de se sentir comme ça..."	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
19	L'appelant a été immédiatement enthousiasmé par les alternatives découvertes	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
20	L'appelant a verbalisé une compréhension exacte/juste du problème	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
21	L'appelant a dit que l'intervenant n'avait rien accompli ni réglé	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
22	L'appelant a montré qu'il réfléchissait activement lors des silences ou des questions réfléchies	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
23	L'appelant n'a pas verbalisé ses sentiments spécifiques	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
24	L'appelant était sarcastique, cynique ou disait des choses comme "Merci pour rien..."	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
25	Le ton de voix de l'appelant a changé de façon positive	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
26	La voix de l'appelant était de plus en plus calme au long de l'appel	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

## ANNEXE E

### QUESTIONNAIRE POST-INTERVENTION – TEL-JEUNES

#### QUESTIONNAIRE TEL-JEUNES – CRISE

1. Avant ma conversation avec Tel-jeunes, je me sentais :
  1. Très bien
  2. Bien
  3. Mal
  4. Très mal
  
2. Ma conversation avec Tel-jeunes m'a aidé à me sentir mieux
  1. Fortement en accord
  2. En accord
  3. En désaccord
  4. Fortement en désaccord
  
3. Ma conversation avec Tel-jeunes m'a aidé à comprendre ma situation
  1. Fortement en accord
  2. En accord
  3. En désaccord
  4. Fortement en désaccord

4. Ma conversation avec Tel-jeunes m'a aidé à trouver une solution à mon problème
  1. Fortement en accord
  2. En accord
  3. En désaccord
  4. Fortement en désaccord
5. Au cours des 12 derniers mois, as-tu as pensé sérieusement à te suicider?
  1. Oui
  2. Non
6. As-tu déjà tenté de te suicider?
  1. Oui
  2. Non
7. Choisis le numéro qui correspond le plus à ton état d'esprit actuel
  1. Je ne pense pas à me faire du mal.
  2. Je pense que la mort me libèrerait.
  3. J'ai des plans précis pour me suicider.
  4. Si je le pouvais, je me tuerais.
8. Qu'est-ce que tu as **le plus** apprécié de ta conversation avec Tel-jeunes?
9. Qu'est-ce que tu as **le moins** apprécié de ta conversation avec Tel-jeunes?

## ANNEXE F

### QUESTIONNAIRE PRÉ-INTERVENTION DU SERVICE CANADIEN DE PRÉVENTION DU SUICIDE

#### Pre-Chat Survey

What are you concerned about today?

- Anxiety or Depression
- Bullying
- Cutting or Self Abuse
- Drug/Alcohol Issues
- Eating Disorder
- Family Issues
- Financial Issues
- Gender Identity Issues
- Having a Bad Day
- Loneliness
- Loss of a Loved One
- Physical Health
- Physical, Emotional, or Sexual Abuse
- Relationship issues
- Sexual Orientation Issues
- Suicide Related Issues
- Other

Other, please specify (Text input)

How upset are you today? [Scale of 1–5]

- 1 - I'm doing OK
- 2 - A little upset
- 3 - Moderately upset
- 4 - Very upset
- 5 - Extremely upset

Age (Text Input)

Gender Identity

- Male
- Female
- Transgender
- Questioning

Other, please specify (Text input)

How are you feeling now, after the chat? [Scale of 1-5]

- 1 - I'm doing OK
- 2 - A little upset
- 3 - Moderately upset
- 4 - Very upset
- 5 - Extremely upset

Your chat responder effectively met your needs today

- Strongly Agree
- Agree
- Disagree
- Strongly Disagree

In order to help us provide the best service possible, please leave additional feedback for us in the space below. (Text Input)

ANNEXE G

RAPPORT D'INTERVENTION DU SERVICE CANADIEN DE PRÉVENTION DU SUICIDE

**Suicide: Connect and assess immediate risk**

Are you thinking about Suicide?	*	DROPDOWN
Yes	+	
No		
Unable to assess		
Did not ask		

Have you had thoughts of suicide in the last 2 months	*	DROPDOWN
Yes	+	
No		
Unable to assess		
Did not ask		

Have you ever attempted?	*	DROPDOWN
Yes	+	
No		
Unable to assess		
Did not ask		

**Note:** A 'Yes' to the first three questions will result in this mandatory pop up box appearing:

Is there a current suicide plan?	*	<i>DROPDOWN</i>
Yes	+	
No		

A 'yes' to current plan causes this mandatory pop up field to appear in the wrap up section:

Suicide plan disabled safely?	*	<i>DROPDOWN</i>
Yes		
No		

### Outcomes

<b>Emotional ability to cope</b>	*	<i>DROPDOWN</i>
Service user stated an increase in ability to cope		
Service user implied an increase in ability to cope		
No stated or inferred increase in the service users ability to cope		
Interaction ended due to need to set limit/ boundary		
N/A		

**Field: Emotional intensity at start and at end**

<b>Emotional intensity at start</b>	<b>*</b>	<i>DROPDOWN</i>
1= feeling emotionally comfortable		
2= feeling some emotional discomfort		
3= experiencing emotional distress		
4= feeling high level of emotional intensity		
5= feeling overwhelmed and not functioning		

<b>Emotional intensity at end</b>	<b>*</b>	<i>DROPDOWN</i>
1= feeling emotionally comfortable		
2= feeling some emotional discomfort		
3= experiencing emotional distress		
4= feeling high level of emotional intensity		
5= feeling overwhelmed and not functioning		

## LISTE DES RÉFÉRENCES

- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Oquendo, M. A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., Grant, B. F. et Blanco, C. (2011). Estimating risk for suicide attempt: Are we asking the right questions?: Passive suicidal ideation as a marker for suicidal behavior. *Journal of Affective Disorders*, 134(1-3), 327-332. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.026>
- Bale, C. (2001). Befriending in cyberspace—challenges and opportunities. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 22(1), 10-11. <https://doi.org/10.1027/0227-5910.22.1.10>
- Bambling, M., King, R., Reid, W. et Wegner, K. (2008). Online counselling: The experience of counsellors providing synchronous single-session counselling to young people. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(2), 110-116. <https://doi.org/10.1080/14733140802055011>
- Barak, A. et Bloch, N. (2006). Factors related to perceived helpfulness in supporting highly distressed individuals through an online support chat. *CyberPsychology & Behavior*, 9(1), 60-68. <https://doi.org/10.1089/cpb.2006.9.60>
- Beck, A. T., Brown, G. K. et Steer, R. A. Psychometric characteristics of the Scale for Suicide Ideation with psychiatric outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 35(11), 1039-1046. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)00073-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)00073-9)
- Benarous, X., Consoli, A., Cohen, D., Renaud, J., Lahaye, H. et Guilé, J. M. (2019). Suicidal behaviors and irritability in children and adolescents: A systematic review of the nature and mechanisms of the association. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 28(5), 667-683. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1234-9>
- Bickman, L., Vides de Andrade, A., Lambert, E. W., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, A. S., Rumberger, D. T., Moore-Kurnot, J., McDonough, LC et Rauktis, M. B. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2), 134-138. <https://doi.org/10.1007/BF02287377>
- Bonneson, M. E. et Hartsough, D. M. (1987). Development of the Crisis Call Outcome Rating Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 612-614. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.4.612>
- Britton, P. C., Bossarte, R. M., Thompson, C., Kemp, J. et Conner, K. R. (2013). Influences on call outcomes among veteran callers to the National Veterans Crisis Line. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(5), 494-502. <https://doi.org/10.1111/sltb.12033>
- Brockopp, G. W., Lester, D. et Blum, D. (2012). The chronic caller. Dans D. Lester et J. R. Rogers (dir.), *Crisis intervention and counseling by telephone and the internet* (3<sup>e</sup> éd., p. 159-176). Charles C. Thomas.

- Camirand, H., Traoré, I. et Baulme, J. (2016). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois. Résultats de la deuxième édition*. Institut de la statistique du Québec. <https://statistique.quebec.ca/fr/fichier/enquete-quebecoise-sur-la-sante-de-la-population-2014-2015-pour-en-savoir-plus-sur-la-sante-des-quebecois-resultats-de-la-deuxieme-edition.pdf>
- Callahan, A. et Inckle, K. (2012). Cybertherapy or psychobabble? A mixed methods study of online emotional support. *British Journal of Guidance & Counselling*, 40(3), 261-278. <https://doi.org/10.1080/03069885.2012.681768>
- Cantril, H. (1965). *Pattern of human concerns*. Rutgers University Press.
- Caplan, S. E. et Turner, J. S. (2007). Bringing theory to research on computer-mediated comforting communication. *Computers in Human Behavior*, 23(2), 985-998. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2005.08.003>
- Chardon, L., Bagraith, K. S. et King, R. J. (2011). Counseling activity in single-session online counseling with adolescents: An adherence study. *Psychotherapy Research*, 21(5), 583-592. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.592550>
- Ciliska, D., Miccouci, S., Dobbins, M. et Thomas, B. H. (2022). *Quality Assessment Tool for Quantitative Studies*. Effective Public Health Panacea Project. <https://www.ehphp.ca/quality-assessment-tool-for-quantitative-studies/>
- Collet, L. et Cottraux, J. (1986). Inventaire abrégé de la dépression de Beck (13 items): Étude de la validité concurrente avec les échelles de Hamilton et de ralentissement de Widlöcher. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 12(2), 77-79.
- Coveney, C. M., Pollock, K., Armstrong, S. et Moore, J. (2012). Callers' experiences of contacting a national suicide prevention helpline. *Crisis*, 33(6), 313-324. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000151>
- Curtin, S. C. et Heron, M. (2019). Death Rates Due to Suicide and Homicide Among Persons Aged 10-24: United States, 2000-2017. *NCHS Data Brief*, (352), 1-8.
- de Anda, D. et Smith, M. A. (1993). Differences among adolescent, young adult, and adult callers of suicide help lines. *Social Work*, 38(4), 421-428.
- DiClemente, C. C. et Velasquez, M. M. (2002). Motivational interviewing and the stages of change. Dans W. R. Miller et S. Rollnick (dir.), *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2<sup>e</sup> éd., 201-216). Guilford Press.
- Drexler, M. (2013). Crisis chat: Providing chat-based emotional support. Dans B. L. Mishara et J. F. M. Kerkhof (dir.), *Suicide Prevention and New Technologies* (p. 96-110). Palgrave Macmillan. [https://doi.org/10.1057/9781137351692\\_8](https://doi.org/10.1057/9781137351692_8)
- Elliott, R. et Wexler, M. (1994). Measuring the impact of sessions in process-experiential therapy of depression: The Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 166-174, <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.2.166>

- Elo, S. et Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 107-115. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x>
- Fiske, H. (2008). *Hope in action: Solution-focused conversations about suicide*. Taylor and Francis. <https://doi.org/10.4324/9780203843819>
- Fukkink, R. G. (2011). Peer counseling in an online chat service: A content analysis of social support. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 14(4), 247-251. <https://doi.org/10.1089/cyber.2010.0163>
- Fukkink, R. G. et Hermanns, J. M. (2009). Children's experiences with chat support and telephone support. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(6), 759-766. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.02024.x>
- Gatti, F. M., Brivio, E. et Calciano, S. (2016). "Hello! I know you help people here, right?": A qualitative study of young people's acted motivations in text-based counseling. *Children and Youth Services Review*, 71, 27-35. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.10.029>
- Glasser, W. (1965). *Reality therapy: A new approach to psychiatry*. Harper & Row.
- Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O. et Rutter, C. (1996). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27(1), 191-197. <https://doi.org/10.1017/S0033291796004242>
- Gould, M. S., Chowdhury, S., Lake, A. M., Galfalvy, H., Kleinman, M., Kuchuk, M. et McKeon, R. (2021). National Suicide Prevention Lifeline crisis chat interventions: Evaluation of chatters' perceptions of effectiveness. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 51(6), 1126-1137. <https://doi.org/10.1111/sltb.12795>
- Gould, M. S., Cross, W., Pisani, A. R., Munfakh, J. L. H. et Kleinman, M. (2013). Impact of applied suicide intervention skills training on the National Suicide Prevention Lifeline. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(6), 676-691. <https://doi.org/10.1111/sltb.12049>
- Gould, M. S., Kalafat, J., Munfakh, J. L. H. et Kleinman, M. (2007). An evaluation of crisis hotline outcomes. Part 2: Suicidal callers. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 338-352. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.338>
- Gould, M. S., Greenberg, T., Munfakh, J. L., Kleinman, M., & Lubell, K. (2006). Teenagers' attitudes about seeking help from telephone crisis services (hotlines). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 601-613. <https://doi.org/10.1521/suli.2006.36.6.601>
- Gould, M. S., Lake, A. M., Munfakh, J. L. H., Galfalvy, H., Kleinman, M., Williams, C., Glass, A. et McKeon, R. (2016). Helping callers to the National Suicide Prevention Lifeline who are at imminent risk of suicide: Evaluation of caller risk profiles and interventions implemented. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(2), 172-190. <https://doi.org/10.1111/sltb.12182>

- Gould, M. S., Lake, A. M., Galfalvy, H., Kleinman, M., Munfakh, J. L., Wright, J. et McKeon, R. (2018). Follow-up with callers to the National Suicide Prevention Lifeline: Evaluation of callers' perceptions of care. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48(1), 75-86. <https://doi.org/10.1111/sltb.12339>
- Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., Kleinman, M. et Lake, A. M. (2012). National suicide prevention lifeline: enhancing mental health care for suicidal individuals and other people in crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 22-35. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00068.x>
- Gupta, A. (2018, 28 mars). *Detecting crisis: An AI solution*. Crisis Text Line. <https://www.crisistextline.org/blog/2018/03/28/detecting-crisis-an-ai-solution/>
- Hanley, T. (2012). Understanding the online therapeutic alliance through the eyes of adolescent service users. *Counselling and Psychotherapy Research*, 12(1), 35-43. <https://doi.org/10.1080/14733145.2011.560273>
- Harris, E. C. et Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205-228. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Hoff, L. A. (2012). Beyond the telephone contact. Dans D. Lester et J. R. Rogers (dir.), *Crisis intervention and counseling by telephone and the internet* (3<sup>e</sup> éd., p. 295-308). Charles C. Thomas.
- Hoffberg, A. S., Stearns-Yoder, K. A. Et Brenner, L. A. (2020). The effectiveness of crisis line services: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 7, 399. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00399>
- Holden, R. R. et DeLisle M. M. (2005). Factor analysis of the Beck Scale for Suicide Ideation with female suicide attempters. *Assessment*, 12(2), 231-238. <https://doi.org/10.1177/1073191105274925>
- Holden R. R., Mendonca J. D. et Mazmanian, D. (1985). Relation of response set to observed suicide intent. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 17(4), 359-368. <https://doi.org/10.1037/h0080048>
- Jager, M. et Stommel, W. J. (2017). The risk of metacommunication to manage interactional trouble in online chat counseling. *Linguistik Online*, 87(8). <https://doi.org/10.13092/lo.87.4179>
- Jeunesse j'écoute. (2013). *Preuve à l'appui*.
- Joiner Jr, T. E., Rudd, M. D. et Rajab, M. H. (1997). The Modified Scale for Suicidal Ideation: Factors of suicidality and their relation to clinical and diagnostic variables. *Journal of abnormal psychology*, 106(2), 260-265. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.106.2.260>
- King, R., Bambling, M., Reid, W. et Thomas, I. (2006). Telephone and online counselling for young people: A naturalistic comparison of session outcome, session impact and therapeutic alliance. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6(3), 175-181. <https://doi.org/10.1080/14733140600874084>

- King, R., Nurcombe, B., Bickman, L., Hides, L. et 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.  
<https://doi.org/10.1521/suli.33.4.400.25235>
- Kinzel, A. et Nanson, J. O. (2000). Education and debriefing: Strategies for preventing crises in crisis-line volunteers. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 21(3), 126-134.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910.21.3.126>
- Kramer, R., Robbins, E. et Tanaka, J. (2009). *Youth in BC: Who's Being Heard? Who's Getting Help?* [Communication orale]. Canadian Association of Suicide Prevention National Conference, Brandon, MB, Canada.
- Krippendorff, K. (2018). *Content analysis: An introduction to its methodology* (4<sup>e</sup> éd.). Sage publications.
- Lane, J., Archambault, J., Collins-Poulette, M. et Camirand R. (2010). *Prévention du suicide : Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Ministère de la Santé et des Services sociaux.  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-247-02.pdf>
- Lavoie, B., Lecavalier, M., Angers, P. et Houle, J. (2012). *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire : Fondements théoriques et pratiques*. Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances et Suicide Action Montréal.
- Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Lester, D. (2011). Evidence-based suicide prevention by helplines: A meta-analysis. Lester, D. (2011). Evidence-based suicide prevention by helplines: A meta-analysis. Dans M. Pompili et R. Tatarelli (dir.), *Evidence-based practice in suicidology: A source book* (p. 139–151). Hogrefe Publishing.
- Levesque, P., Mishara, B. et Perron, P. A. (2021, janvier). *Le suicide au Québec : 1981 à 2018 — Mise à jour 2021* [Rapport]. Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec.  
[https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2720\\_suicide\\_quebec\\_2021.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2720_suicide_quebec_2021.pdf)
- Lipchik, E., Becker, M., Brasher, B., Derks, J. et Volkmann, J. (2005). Neuroscience: A new direction for solution-focused thinkers? *Journal of Systemic Therapies*, 24(3), 49-69.  
<https://doi.org/10.1521/jsyt.2005.24.3.49>
- Liu, R. T., Bettis, A. H. et Burke, T. A. (2020). Characterizing the phenomenology of passive suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis of its prevalence, psychiatric comorbidity, correlates, and comparisons with active suicidal ideation. *Psychological Medicine*, 50(3), 367-383.  
<https://doi.org/10.1017/S003329171900391X>
- MacKinnon, L. K. et James, K. (1987). The Milan systemic approach: Theory and practice. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 8(2), 89-98. <https://doi.org/10.1002/j.1467-8438.1987.tb01209.x>

- Mathieu, S. L., Uddin, R., Brady, M., Batchelor, S., Ross, V., Spence, S. H., Watling, D. et Kölves, K. (2020). Systematic review: The state of research into youth helplines. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 60(10), 1190-1233. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.12.028>
- Mathieu, S. L., Uddin, R., Brady, M., Batchelor, S., Ross, V., Spence, S. H., Watling, D. et Kölves, K. (2021). Systematic review: The state of research into youth helplines. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 60(10), 1190-1233. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.12.028>
- Middleton, A., Gunn, J., Bassilios, B. Pirkis, J. (2016). The experiences of frequent users of crisis helplines: A qualitative interview study. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1901-1906. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.030>
- Mishara, B. L. (2012). How best to help suicidal persons over the telephone and internet. Dans D. Lester et J. R. Rogers (dir.), *Crisis intervention and counseling by telephone and the internet* (3<sup>e</sup> éd., p. 74-83). Charles C. Thomas.
- Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J. K. et Berman, A. (2007a). Comparing models of helper behavior to actual practice in telephone crisis intervention: A silent monitoring study of calls to the US 1-800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 291-307. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.291>
- Mishara, B. L., Chagnon, F., Daigle, M., Balan, B., Raymond, S., Marcoux, I., Bardon, C., Campbell, J. K. et Berman, A. (2007b). 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 US 1-800-SUICIDE Network. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 308-321. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.308>
- Mishara, B. L. et L.-P. Côté (2013). Suicide prevention and new technologies: Towards evidence based practice. Dans B. L. Mishara et J. F. M. Kerkhof (dir.), *Suicide Prevention and New Technologies* (p. 1-23). Palgrave Macmillan. [https://doi.org/10.1057/9781137351692\\_1](https://doi.org/10.1057/9781137351692_1)
- Mishara, B. L., Daigle, M., Bardon, C., Chagnon, F., Balan, B., Raymond, S. et Campbell, J. (2016). Comparison of the effects of telephone suicide prevention help by volunteers and professional paid staff: Results from studies in the USA and Quebec, Canada. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(5), 577-587. <https://doi.org/10.1111/sltb.12238>
- Mishara, B. L. et Daigle, M. S. (1992). The effectiveness of telephone interventions by suicide prevention centres. *Canada's Mental Health*, 40(3), 24-29.
- Mishara, B. L. et 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), 861-885. <https://doi.org/10.1023/A:1022269314076>
- Mishara, B. L. et Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Presses de l'Université de Montréal.
- Mishara, B. L. et Weisstub, D. N. (2005). Ethical and legal issues in suicide research. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(1), 23-41. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2004.12.006>

- Mokkenstorm, J. K., Eikelenboom, M., Huisman, A., Wiebenga, J., Gilissen, R., Kerkhof, A. J. et Smit, J. H. (2017). Evaluation of the 113Online suicide prevention crisis chat service: outcomes, helper behaviors and comparison to telephone hotlines. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(3), 282-296. <https://doi.org/10.1111/sltb.12286>
- Mokkenstorm, J. K., Huisman, A., Kerkhof, A. J. et Smit, J. H. (2013). Results and experiences of 113Online, a comprehensive Dutch online suicide prevention platform. Dans B. L. Mishara et J. F. M. Kerkhof (dir.), *Suicide Prevention and New Technologies* (p. 123-149). Palgrave Macmillan. [https://doi.org/10.1057/9781137351692\\_10](https://doi.org/10.1057/9781137351692_10)
- Mörch, C. M. (2019). *Big Data, intelligence artificielle et prévention du suicide* [Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/13377/>
- Morgan, D. L. (2007). Paradigms lost and pragmatism regained: Methodological implications of combining qualitative and quantitative methods. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(1), 48-76. <https://doi.org/10.1177/2345678906292462>
- Murphy, G. (2013). The National Suicide Prevention Lifeline and new Technologies in suicide prevention: Crisis chat and social media initiatives. Dans B. L. Mishara et J. F. M. Kerkhof (dir.), *Suicide Prevention and New Technologies* (p. 111-122). Palgrave Macmillan. [https://doi.org/10.1057/9781137351692\\_9](https://doi.org/10.1057/9781137351692_9)
- Navarro, P., Bambling, M., Sheffield, J. et Edirippulige, S. (2019). Exploring young people's perceptions of the effectiveness of text-based online counseling: Mixed methods pilot study. *JMIR mental health*, 6(7), e13152. <https://doi.org/10.2196/13152>
- O'Neill, S., Bond, R. R., Grigorash, A., Ramsey, C., Armour, C. et Mulvenna, M. D. (2019). Data analytics of call log data to identify caller behaviour patterns from a mental health and well-being helpline. *Health Informatics Journal*, 25(4), 1722-1738. <https://doi.org/10.1177/1460458218792668>
- Oxford Centre for Evidence-Based Medicine (OCEBM) Working Group. (2011). *The Oxford 2011 Levels of Evidence*. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial* [Document thématique]. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/131801>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). *Suicide worldwide in 2019: global health estimates*. [Document thématique]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>
- Padmanathan, P., Bould, H., Winstone, L., Moran, P. et Gunnell, D. (2020). Social media use, economic recession and income inequality in relation to trends in youth suicide in high-income countries: a time trends analysis. *Journal of Affective Disorders*, 275, 58-65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.057>
- Petrie, K. et Abell, W. (1994). Responses of parasuicides to a computerized interview. *Computers in Human Behavior*, 10(4), 415-418. [https://doi.org/10.1016/0747-5632\(94\)90037-X](https://doi.org/10.1016/0747-5632(94)90037-X)

- Pil, L., Pauwels, K., Muijzers, E., Portzky, G. et Annemans, L. (2013). Cost-effectiveness of a helpline for suicide prevention. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 19(5), 273-281. <https://doi.org/10.1177/1357633X13495487>
- Pirkis, J., Middleton, A., Bassilios, B., Harris, M., Spittal, M. J., Fedyszyn, I., Chondros, P. et Gunn, J. (2016). Frequent callers to telephone helplines: new evidence and a new service model. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(1), 1-9. <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-016-0076-4>
- Predmore, Z., Ramchand, R., Ayer, L., Kotzias, V., Engel, C., Ebener, P., Kemp, J. E., Karras, E. et Haas, G. L. (2017). Expanding suicide crisis services to text and chat: Responders' perspectives of the differences between communication modalities. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 38(4), 255-260. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000460>
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Constable.
- Ramchand, R., Jaycox, L. H. et Ebener, P. A. (2017). Suicide prevention hotlines in California: Diversity in services, structure, and organization and the potential challenges ahead. *Rand Health Quarterly*, 6(3), 8. <https://www.rand.org/pubs/periodicals/health-quarterly/issues/v6/n3/08.html>
- Rasmussen, K. A., King, D. A., Gould, M. S., Cross, W., Tang, W., Kaukeinen, K., Tu, X., et Knox, K. L. (2017). Concerns of older veteran callers to the Veterans Crisis Line. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47(4), 387-397. <https://doi.org/10.1111/sltb.12313>
- Samaritans. (2014). *Exploring Suicidal Feelings* [Document inédit].
- Sefi, A. et Hanley, T. (2012). Examining the complexities of measuring effectiveness of online counselling for young people using routine evaluation data. *Pastoral Care in Education*, 30(1), 49-64. <https://doi.org/10.1080/02643944.2011.651224>
- Sindahl, T. N., Côte, L. P., Dargis, L., Mishara, B. L. et Bechmann Jensen, T. (2019). Texting for help: processes and impact of text counseling with children and youth with suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(5), 1412-1430. <https://doi.org/10.1111/sltb.12531>
- Sindahl, T. N., Fukkink, R. G. et Helles, R. (2020). SMS counselling at a child helpline: counsellor strategies, children's stressors and well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 48(2), 263-275. <https://doi.org/10.1080/03069885.2019.1580676>
- Sindahl, T. N. et van Dolen, W. (2020). Texting at a child helpline: how text volume, session length and duration, response latency, and waiting time are associated with counseling impact. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 23(4), 210-217. <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0100>
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.
- Stack, S. (2000). Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part I: cultural and economic factors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(2), 145-162. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2000.tb01073.x>

- S.O.S. Amitié France. (2009). L'écoute par Internet (France). *S.O.S. Amitié, la revue*, (139), 1-32.  
<https://www.sos-amitie.com/nous-connaître/mediatheque/la-revue/>
- Statistique Canada. (2022). *Table 13-10-0394-01 Leading causes of death, total population, by age group*. [Document thématique]. <https://doi.org/https://doi.org/10.25318/1310039401-eng>
- Stiles, W. B., Reynolds, S., Hardy, G. E., Rees, A., Barkham, M. et Shapiro, D. A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 175-185.  
<https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.2.175>
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *CyberPsychology & Behavior*, 7(3), 321-326.  
<https://doi.org/10.1089/1094931041291295>
- Szlyk, H. S., Roth, K. B. et García-Perdomo, V. (2020). Engagement with crisis text line among subgroups of users who reported suicidality. *Psychiatric Services*, 71(4), 319-327.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201900149>
- Tabachnick, B. G. et Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (7<sup>th</sup> ed.). Pearson.
- Tanaka, J., Robbins, E. et Kramer, R. (2011). *YouthInBC.com - What our crisis chat has taught us and what else we have to learn* [Communication orale]. Canadian Association of Suicide Prevention National Conference, Vancouver, BC, Canada.
- Télé-Accueil Bruxelles (2011). *www.chat-accueil.org : Un outil jeune pour un public jeune* [Document explicatif]. Commission communautaire française. <https://tele-accueil.be/bruxelles/wp-content/uploads/sites/6/2020/12/Recherche-4-Chat-Accueil.pdf>
- Thoër, C., Boisvert-Beauregard, S., Plamondon, M. C. et Vriegnaud, C. (2015). *Le texto, une nouvelle plateforme d'intervention pour Tel-jeunes. Usages et expériences des jeunes et des intervenants* [Rapport de recherche]. ComSanté, Service aux collectivités de l'UQAM, Tel-jeunes.  
<https://comsante.uqam.ca/wp-content/uploads/2015/06/rapport-tel-jeunes.pdf>
- Timm, M. (2011). *Crisis counselling online: Building rapport with suicidal youth* [Mémoire de maîtrise, University of British Columbia]. Open Collection.  
<https://open.library.ubc.ca/soa/cIRcle/collections/ubctheses/24/items/1.0054473>
- Tyson, P., Law, C., Reed, S., Johnsey, E., Aruna, O. et Hall, S. (2016). Preventing suicide and self-harm: Evaluating the efficacy of a helpline from a service user and helpline worker perspective. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(5), 353-360.  
<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000390>
- Van Dolen, W. et Weinberg, C. B. (2017). Child helplines: how social support and controllability influence service quality and well-being. *Journal of Services Marketing*, 31(4-5), 385-396.  
<https://doi.org/10.1108/JSM-07-2016-0254>
- Van Widenfelt, B. M., Goedhart, A. W., Treffers, P. D. et Goodman, R. (2003). Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12(6), 281-289. <https://doi.org/10.1007/s00787-003-0341-3>

- Vivekananda, K., Bamford, H., Allen, C., Evans, A., Woodward, A. et Leckie, S. (2019). A trial to address the complex needs of counselling helpline callers. *Advances in Mental Health*, 19(2), 152-163. <https://doi.org/10.1080/18387357.2019.1675477>
- Vivekananda, K., Cuppari, A., Jenkins, T. et Usatoff, A. (2021). Exploring a model of care for frequent callers to counselling helplines. *Advances in Mental Health*, 19(1), 17-28. <https://doi.org/10.1080/18387357.2019.1660585>
- Walther, J. B. (1996). Computer-mediated communication impersonal, interpersonal, and hyperpersonal interaction. *Communication Research*, 23(1), 3-43. <https://doi.org/10.1177/009365096023001001>
- Williams, R., Bambling, M., King, R. et Abbott, Q. (2009). In-session processes in online counselling with young people: An exploratory approach. *Counselling and Psychotherapy Research*, 9(2), 93-100. <https://doi.org/10.1080/14733140802490606>
- Williams, K., Fildes, D., Kobel, C., Grootemaat, P., Bradford, S. et Gordon, R. (2020). Evaluation of outcomes for help seekers accessing a pilot SMS-based crisis intervention service in Australia. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 42(1), 32-39. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000681>
- Witte, T. K., Fitzpatrick, K. K., Warren, K. L., Schatschneider, C. et Schmidt N. B. (2006). Naturalistic evaluation of suicidal ideation: Variability and relation to attempt status. *Behaviour Research and Therapy*, 44(7), 1029-1040. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.08.004>
- Witte, T. K., Gould, M. S., Munfakh, J. L. H., Kleinman, M., Joiner Jr, T. E. et Kalafat, J. (2010). Assessing suicide risk among callers to crisis hotlines: A confirmatory factor analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 66(9), 941-964. <https://doi.org/10.1002/jclp.20717>