

L'accueil téléphonique dans les Centres de santé mentale : la perspective du consommateur

Telephone Service in Mental Health Centres: the Consumer's Perspective

Robert PERREAULT, Aude DUFRESNE and Marie-Claire LAURENDEAU

Volume 17, Number 1, avril 1985

Santé mentale et processus sociaux

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/001550ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/001550ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (print)

1492-1375 (digital)

[Explore this journal](#)

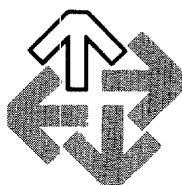
Cite this article

PERREAULT, R., DUFRESNE, A. & LAURENDEAU, M.-C. (1985). L'accueil téléphonique dans les Centres de santé mentale : la perspective du consommateur. *Sociologie et sociétés*, 17(1), 83–92.
<https://doi.org/10.7202/001550ar>

Article abstract

The evaluation of health services is most often defined within the framework of the institution. The experiences of persons desiring access to these services is a potentially rich source of information. With the objective of making it possible for institutions offering ambulatory services in mental health to measure the service they offer to the population, the authors carried out a simulation study of requests for help made by telephone. Professional actors received training to make requests for help to ten institutions in a large city. The information which was collected and analyzed systematically resulted in the definition of service profiles for each institution. The great variability of findings raises the problem of the meaning given to universal accessibility to mental health services in our society. The method of investigation is discussed as to its usefulness in evaluation directed toward the quality of services and of service policies.

L'accueil téléphonique dans les Centres de santé mentale : la perspective du consommateur*



ROBERT PERREAULT
AUDE DUFRESNE
MARIE-CLAIRE LAURENDEAU

Traditionnellement, on reconnaît deux grands moyens d'améliorer la qualité des services : les augmentations de budget et l'utilisation plus efficace des argents et des efforts. Dans les cas où il est impossible d'avoir accès à des bases de données intégrées d'ordre clinique et administratif, les augmentations budgétaires demeurent le seul moyen d'améliorer la qualité encore que leur efficacité soit bien relative. De plus, à l'intérieur d'organisations aussi complexes que les structures de distribution des soins de santé, il arrive que les solutions d'accroissement budgétaire engendrent plus de problèmes qu'elles n'arrivent à en résoudre¹. Comme Catalano² l'a récemment démontré, la situation économique actuelle ne peut supporter ces politiques d'accroissement budgétaire.

L'étude présentée ici a été conçue comme une tentative d'amélioration de la qualité des soins à l'intérieur des contraintes budgétaires actuelles. Il s'agit d'explorer des moyens de fournir des données sur une fonction des services de santé mentale dont la pertinence est à la fois administrative, clinique et sociale. La prise de contact initiale par téléphone avec une clinique de santé mentale ne constitue bien sûr qu'une faible partie de l'environnement de traitement. Il n'en demeure pas moins que son impact sur les autres sous-systèmes peut être considérable³. Pour l'utilisation des services, le contact initial peut influencer la décision d'accepter de faire partie d'une liste d'attente, la décision d'avoir recours aux services d'urgence et enfin la décision de se présenter ou de ne pas se présenter aux entrevues d'évaluation. Le clinicien, pour sa part, a tout intérêt à rencontrer un patient doté d'une certaine représentation préalable de l'environnement de traitement et qui sait déjà qui il devra rencontrer. En d'autres mots, un patient qui possède une connaissance contextuelle de l'environnement thérapeutique peut faire une meilleure utilisation de ses premiers contacts avec le milieu, sauvant ainsi du temps et facilitant la focalisation sur les problèmes présentés. Quant aux administrateurs, Bigelow⁴ l'a déjà démontré, pour être en mesure de prendre des décisions

* Cette étude a été subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale.

1. Koran, I. M., K. Meinhard, «Mental health expenditures in California counties», *Am. J. Psych.*, 138, 1981, 936-490.

2. Catalano, R., R. Dooley, «Economics, life and disorder changes: time-series analyses», *Am. J. Comm. Psychol.*, 7, 1979, 381-396.

3. Levenson, H., K. S. Pope, «First encounters: effects of intake procedures on patients, staff and the organization», *Hosp and Comm Psych.*, 32, 1981, 482-485.

4. Bigelow, D. A. et J. A. Ciarlo, «The impact of therapeutic effectiveness data on community in evaluation health center management», in *Evaluation Studies (Review Annual)*, Gene V. Glass (édit.), vol. 1, Sage Publ., Beverly Hills, 1976, pp. 371-382.

pertinentes relativement aux besoins du patient, ils doivent avoir accès à de l'information clinique sur une base régulière. Cependant, pour être en mesure d'établir des rapports qualité/coût dont la validité est grande les administrateurs doivent également être en possession de mesures de qualité qui proviennent de la perspective des usagers. Par exemple, la décision d'améliorer les services d'accueil à partir d'informations venant d'une perspective d'usagers pourrait orienter un administrateur vers la clarification de procédures institutionnelles et la formation de son personnel plutôt que vers la création d'un service de tri additionnel.

D'autre part, on sait que les évaluations de la qualité des soins faites sur une grande échelle présentent de nombreuses difficultés méthodologiques^{5,6,7}. Elles sont sujettes à des biais méthodologiques tel que le manque de fiabilité dans la cueillette des données, le manque de spécificité, l'emphase exagérée accordée à la théorie dans la définition des objectifs au détriment de l'identification empirique des besoins des patients et le recours à des mesures trop intrusives. Il est donc devenu impérieux de mettre au point des stratégies mieux intégrées à l'écologie des services de santé mentale et qui ont recours à des mesures moins intrusives.

La méthode de simulation a été jugée préférable à une enquête auprès des patients ou à une observation in vivo des dialogues réels entre patients et réceptionnistes à la lumière des travaux publiés par Renaud⁸ et ses collègues sur l'évaluation de la qualité des soins dans des centres locaux de service communautaire et des polycliniques privées. La méthode de simulation a également été utilisée avec de bons résultats dans le domaine de la recherche évaluative portant sur les centres téléphoniques d'assistance aux états de crise, un domaine qui présente plusieurs analogies avec la situation présente⁹.

Plusieurs facteurs militent en faveur d'une procédure de simulation. D'un point de vue éthique les objectifs de cette étude ne semblaient pas justifier une intrusion dans la vie privée des usagers. De plus, il est moins coûteux et plus efficace de former des comédiens à produire des stimuli homogènes^{10,11} que d'effectuer des tris complexes sur un grand nombre de cas. Enfin, comme l'ont soutenu Bleach et Claiborn⁹ il devient possible avec des comédiens de produire des comportements stables et répétables tout spécialement dans le contexte d'interactions téléphoniques. En retour, cette approche tend à minimiser les biais reliés aux stimuli. Comme l'ont souligné Campbell et Stanley¹² et aussi Paul¹³ le fait de garder la variable «expérimentateur» le plus homogène possible réduit la variance d'erreur et maximise la probabilité d'obtenir des effets significatifs sur les variables indépendantes impliquées.

L'étude présentée ici s'intéresse aux demandes non urgentes de service de santé mentale dans des cliniques externes. Le patient qui présente cette catégorie de demande se voit souvent placé sur des listes d'attente. Turner¹⁴ a montré un lien direct entre les délais expérimentés par ces patients dans l'attente d'un traitement, la détérioration de la psychopathologie ainsi qu'un accroissement significatif des demandes faites aux services d'urgence. Le projet actuel tente d'établir les caractéristiques de la réponse d'un service de santé mentale au premier contact téléphonique pour fins de demande de service. La réponse offerte par les divers milieux participants à l'étude est évaluée quant à son contenu et sa forme.

5. Spielberger, C. D., B. S. Piacente, S. E. Hobfoll, «Program evaluation in community psychology», *Am. J. Comm. Psychol.*, 4, 1976, 393-404.

6. Riecken, H. W., «Principal components of the evaluation process», *Professional Psychol.*, novembre 1977, 392-410.

7. Schulberg, H. C. et E. Bromet, «Strategies for evaluating the outcome of community services for the chronically mentally ill», *Am. J. Psych.*, 138, 1981, 930-935.

8. Renaud, M., J. Beauchemin, C. Lalonde, H. Poirier et S. Berthiaume, «Practice settings and prescribing profiles: the simulation of tension headaches to general practitioners working in different practice settings in the Montreal area», *Am. J. Publ. Health*, 70, 1980, 1071-1077.

9. Bleach, G. et W. L. Clairborn, «Initial evaluation of Hot-line telephone crisis centers», *Comm. Ment. Health J.*, 10, 1974, 387-394.

10. Wright, J., S. Horlick C. Bouchard, M. Mathieu et A. Zeichner, «The development of instruments to assess behavior therapy training», *J. Behav. Ther. Exper. Psych.*, 8, 1977, 281-286.

11. Matarazzo, R., «Research on the teaching and learning of psychotherapeutic skills», in S. L. Garfield et A. E. Bergin (édit.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, chap. 23, Toronto, Wiley and Sons, 1978, pp. 941-966.

12. Campbell, D. T. et J. C. Stanley, *Experimental and Quasi Experimental Designs for Research*, Chicago, Rand McNally, 1966.

13. Paul, G. L., «Behavior modification research: design and tactics», in C. M. Franks (édit.), *Behavior therapy: approval and status*, New York, McGraw-Hill, 1969, pp. 29-64.

14. Turner, A. J., *Huntsville-Madison County Mental Health Center: Programs and Evaluations*, Research and Training Service Publ., 1973.

MÉTHODOLOGIE

Huit simulateurs ont été formés jusqu'à ce qu'ils présentent une histoire de cas type modulée quant à deux variables, le sexe et la classe sociale, telles que reflétées par le style linguistique, le statut professionnel et le lieu de résidence. Le matériel clinique a été révisé relativement à sa représentativité et à son homogénéité. L'étude s'est déroulée dans la région métropolitaine de Montréal qui est composée de secteurs géographiques placés sous la responsabilité des divers départements de psychiatrie des hôpitaux généraux. Les hôpitaux inclus dans l'échantillon de l'étude desservent 85% de la population francophone.

Chacun des 10 centres participants a reçu 8 appels provenant de 4 hommes et de 4 femmes dont 2 affichaient un style linguistique «simple» et 2 un style «sophistiqué». Les conversations étaient enregistrées et cotées par 2 juges indépendants.

Le système de cotation a été mis au point à partir de travaux récents portant sur les études de processus en psychothérapie¹⁵ et était constitué de catégories définies de façon opérationnelle n'exigeant de la part des juges qu'une part minimale de jugement qualitatif.

La permission d'enregistrer les séances a été obtenue longtemps à l'avance et aucune indication n'a été donnée quant au moment prévu pour l'expérimentation. L'expérimentation s'est déroulée sur une période de 4 semaines à un rythme de 2 appels par semaine par hôpital dans le but d'assurer une meilleure intégration à la routine hebdomadaire.

Des étudiants de l'École nationale de théâtre de Montréal ont été engagés pour jouer le rôle des patients. Ils ont été sélectionnés par les auteurs pour leur compréhension de la situation et pour leur capacité à aborder une telle tâche. À partir d'un groupe initial de douze personnes, 8 comédiens ont été engagés. Ces simulateurs ont participé à 4 séances d'entraînement structurées à partir des techniques actives de formation mises au point pour l'entraînement des thérapeutes (10, 16). Les critères retenus pour évaluer le niveau suffisant de formation des simulateurs ont été les suivants: clarté et stabilité du style linguistique, clarté de la présentation du problème et enfin la capacité pour les simulateurs d'adapter leurs réponses à divers exercices présentés d'abord en situation de jeu de rôle face à face puis, ensuite au téléphone. Les simulateurs de chaque sous-groupe devaient en outre conserver un style de présentation homogène et comparable étalé dans le temps et entre les membres du sous-groupe.

Des évaluations de ces critères ont été faites de façon indépendante par les auteurs ainsi que par une psychologue expérimentée qui avait déjà travaillé à la fois comme réceptionniste durant ses années d'étude et comme officier de tri par la suite. Les mêmes critères ont été appliqués dans une série de vérifications ponctuelles effectuées sur 20% du matériel recueilli au cours de l'expérimentation. Les simulateurs étaient aveugles relativement à cette procédure.

Bien que le recours à un seul problème psychiatrique en guise de stimulus puisse paraître réduire la validité externe de l'expérience, cette solution n'en a pas moins été retenue devant les multiples problèmes reliés à l'utilisation de stimuli variés. La complexité des systèmes de cotation ainsi que les difficultés dans le contrôle des biais ne semblaient pas justifier le choix d'histoires de cas multiples pas plus que ne le faisaient les objectifs limités de la présente étude.

Deux variables indépendantes ont été choisies en fonction de leur pertinence. Le sexe de l'expérimentateur a été choisi comme variable sur la base de l'observation suivante: les statistiques de la Régie d'assurance-maladie du Québec montrent que 2 fois plus de femmes que d'hommes consomment des services psychiatriques¹⁷. De plus, une grande part de la littérature psychiatrique a été critiquée en raison des biais liés au sexe qu'on y trouve¹⁸. Bien que la présente étude ne s'intéresse pas aux causes de cette situation, l'hypothèse d'une influence du sexe de l'utilisateur quant à la façon dont il prend contact avec le système de soins devait être considérée.

15. Bouchard, M. A., C. Lecompte, et H. Carbonneau, *Grille d'analyse des inférences communiquées*, 3^e version, janvier 1981, Université de Montréal.

16. Wright, J., M. Mathieu, C. McDonough, «An evaluation of 3 approaches to the teaching of a behavioral therapy», *J. Clin. Psychol.* 37, 1981, 326-335.

17. Régie de l'Assurance-Maladie du Québec: Service de la recherche et des statistiques, mars 1978.

18. Broverman, I. K., D. M. Broverman, F. E. Clarkson, T. S. Rosenkrantz et R. F. Vogel, «Sexual stereotypes and clinical judgements on mental health», *J. Consult. Clin. Psychol.*, 34, 1-7, 1970.

Le choix de la classe sociale comme seconde variable indépendante est issu de l'importance accordée à cette variable dans la littérature quand il s'agit d'expliquer les variations dans les traitements accordés aux usagers^{19,20,21}.

Deux échelles de cotation ont été mises au point dans le but d'analyser l'interaction simulateur/réceptionniste. Ces échelles découlent d'une opérationnalisation des diverses composantes de ces interactions en ce qui a trait à la fois à leur contenu et à leur forme ou processus (Tableau 1).

L'échelle de Contenu a été structurée de façon à englober les 2 grandes catégories de comportements de réponses téléphoniques jugées essentielles pour mener à bien les entrevues initiales. Ces deux catégories sont les questions demandées et l'information donnée. En relation à la catégorie de questions demandées, des observations préexpérimentales ont montré que trois types de question s'avéraient essentielles à l'analyse: question relative au contexte, question centrée sur le problème et question liée au degré d'urgence du problème. Ce dernier item a été inclus en fonction du fait que l'autoévaluation faite par les patients du degré d'urgence de leur problème constituait un excellent prédicteur de cette urgence²². La seconde catégorie, l'information donnée, visait à caractériser l'information comme étant essentielle ou d'ordre supplémentaire. L'information supplémentaire couvre en général l'orientation du patient quant aux personnes et aux lieux qu'il ou elle devra rencontrer lors de son entrevue initiale. La dernière catégorie d'information traite des procédures d'urgence à respecter.

En ce qui a trait à la Forme des interactions, sa quantification peut être faite à l'aide de certaines variables identifiées dans la littérature relative aux processus de psychothérapie et au counselling téléphonique. Ces variables sont l'empathie, la spécificité, le respect²³ la serviabilité^{24,25},

Tableau 1
Échelles de réponses au contact initial

Catégorie	Description opérationnelle résumée	Moyenne	Entente interjuges
<i>Échelle de contenu</i>			
Question sur le contexte	Nom? Adresse? Conditions de vie?, etc.	13,11	0,97
Question sur le problème	Raison pour la requête? Médication? etc.	2,41	0,92
Question sur le degré d'urgence	Intensité du problème?	0,08	0,70
Information essentielle	Date du rendez-vous, instructions		0,78
Information supplémentaire	Description des lieux ou des personnes		0,73
Information sur l'urgence	Description des procédures d'urgence		0,88
<i>Échelle de forme</i>			
Question ouverte	Invitation à élaborer	2,96	0,94
Question fermée	À répondre par «oui» ou «non»	16,44	0,70
Demande de répétition	Demande la même question deux fois	2,85	0,83
Encouragement minimal	MMM... Yes...	5,45	0,86
Reflét	Répéter la demande du patient	0,13	0,79
Analyse	Commentaires sur ce qui a été dit	0,31	0,72
Personnalisation	Utiliser ce que le patient a dit, utiliser le nom du patient		0,89
Support	Encouragement, faire preuve d'intérêt	1,93	
Persuasion	Convaincre	0,11	0,77
Interruption	Arrêter l'intervention du patient	0,24	0,82
	Faire preuve de mépris, ne pas tenir compte de ce qui est dit	1,39	0,87
Manque de respect		0,25	0,83

19. Hollingshead, A. et F. Reclich, *Social Class and Mental Illness*, New York, John Wiley and Sons, Inc., 1958.

20. Dunham, H. W. «Society, culture and mental disorder», *Arch. Gen. Psych.*, 33, 1976, 147-156.

21. Garfield, S. L. et A. E. Bergin, (édit.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York, Wiley and Sons, 1978.

22. Carkhuff, R. R. et C. B. Truax, *Toward Effective Counselling and Psychotherapy*, Chicago, Aldine, 1967.

23. Slaikey, K. A., D. Lester et S. R. Tulkin, «Show vs no-show: a comparison of referral calls to a suicide prevention and crisis service», *J. Consulting and Clin. Psychol.*, 40, 1973, 381-386.

24. Slaikey, K. A., S. R. Tulkin et D. C. Speer, «Process and outcome in the evaluation of telephone counselling referrals», *J. Consulting and Clin. Psychol.* 43, 1975, 700-707.

25. Lambert, M. J., S. S. De Julio et D. M. Stein, «Therapist interpersonal skills: process, outcome, methodological considerations and recommendations for future research», *Psychol Bull.*, 85, 467-489, 1978.

l'authenticité⁹. L'échelle de Forme utilisée ici s'apparente aux échelles mises au point pour l'étude des processus de psychothérapie^{10,15,26,27,28,29}. Elle résulte également d'une étude pilote effectuée auprès des différentes institutions de l'échantillon. Cette échelle est résumée au Tableau 1. Elle examine d'abord la forme des comportements de questionnement (question ouverte, fermée, répétition). Ensuite, les formes des autres comportements verbaux sont caractérisées.

Les protocoles-réceptionnistes ont été fragmentés en unités d'intervention, chaque unité se terminant soit au moment où le stimulateur intervient ou après un maximum de 15 secondes. Chaque intervention de la part de la réceptionniste a ensuite été cotée en fonction de son contenu et de sa forme à l'intérieur d'une ou de plusieurs des catégories.

Les juges ont été formés de façon à calculer la fréquence d'occurrence de chacune des catégories à l'aide de protocoles préexpérimentaux et ce jusqu'à atteinte d'un niveau acceptable. Ils ont ensuite, de façon indépendante, coté chaque unité d'intervention. 20% des enregistrements étaient cotés par les 2 juges et étaient utilisés pour mesurer l'entente interjuges vérifiée de façon périodique. Lorsque cette entente s'avérait trop basse (< 70%) les juges reprenaient leur entraînement sur du matériel déjà coté. L'entente finale était d'au moins 70% pour chacune des catégories.

RÉSULTATS

Les caractéristiques de la réponse offerte par les institutions au contact initial ont varié de façon considérable d'un hôpital à l'autre et même à l'intérieur de certains hôpitaux. Ces variations ont été principalement observées sur les dimensions suivantes: 1) quantité d'informations recueillies pour l'enregistrement initial du patient; 2) nombre de questions orientées sur le problème; 3) disposition du cas; 4) nombre de tentatives nécessaires pour arriver à atteindre l'interlocuteur compétent. Les sujets ont eu à effectuer une moyenne de 1,7 appels téléphoniques et ont été transférés 1 fois (Tableau 2). Le Tableau 2 montre qu'après avoir parlé à une moyenne de 3 personnes l'interaction se terminait sans que les patients aient reçu de rendez-vous dans 84% des cas. Dans 10% des cas, on offrait au patient de se présenter à une clinique sans rendez-vous. Cependant, la plupart du temps le patient devait attendre qu'on le rappelle (56,3%) ou devait lui-même téléphoner à nouveau un autre jour (20%).

Tableau 2
Accès à l'interlocuteur compétent et disposition des cas

Accès	Moyenne	Seuil de signification
Nombre de transferts	1,06	p = 0,01
Nombre d'appels effectués par le simulateur	1,82	p = 0,05
Disposition	%	p*
Le patient doit attendre qu'on le rappelle	56,3	p = 0,01
Le patient doit rappeler	20,0	
Rendez-vous	16,3	p = 0,01
Clinique sans rendez-vous	10,0	p = 0,01
On demande au patient de se présenter à l'urgence	38,8	
Autre	3,8	

* Cas où des différences entre les hôpitaux ont été observées.

26. Muehlberg, H., R. Pierce et J. Drasgow, «A factor analysis of therapeutically facilitative conditions», *J. Clin. Psychol.*, 25, 1969, 93-95.

27. Zimmer, J. M. S. A. Anderson, «Dimensions of positive regard and empathy», *J. Counsel. Psychol.* 15, 1968, 417-426.

28. Zimmer, J. M. et P. Park, «Factor analysis of counselor communications», *J. Counsel. Psychol.* 14, 1967, 195-203.

Les protocoles simulateurs-réceptionnistes recueillis dans chacune des institutions composant l'échantillon ont été analysés à l'aide des échelles de Contenu et de Forme décrites dans la section précédente. Le Tableau 1 montre la fréquence moyenne d'occurrence des diverses catégories de Contenu et de Forme par protocole simulateurs-téléphonistes. Les catégories observées moins d'une fois par protocole ont été éliminées de l'analyse. Celle-ci sont identifiées d'un astérisque dans le tableau.

Le tableau montre qu'aucune question de routine n'était demandée relativement au degré d'urgence. L'information reliée à l'urgence n'est donnée que si le patient insiste soit en disant qu'il ne peut plus attendre ou en exprimant une idéation suicidaire.

Les échelles comprenaient également un certain nombre de catégories généralement considérées comme indiquant la présence d'un processus thérapeutique. Ces catégories, l'interprétation, le reflet, le support, etc., ont été incluses dans le but de détecter toute intention thérapeutique dans l'interaction initiale. Bien que les simulateurs aient été entraînés à exprimer de l'anxiété et à pouvoir parler de leur raison de consultation, très peu de questions orientées sur le problème ou de réponses de nature thérapeutique ont été observées dans le comportement verbal des téléphonistes.

EFFET LIÉ AU SEXE ET À LA CLASSE SOCIALE

Aucune influence liée au sexe et à la classe sociale n'a été identifiée en ce qui a trait au nombre d'appels nécessaires, à la Forme ou au Contenu des interventions ou au type de disposition du cas. Une analyse de variance hiérarchique (sujet dans sexe et niveau social) n'a révélé aucune différence à l'exception d'un effet d'interaction dans lequel les hommes de classe sociale inférieure se voyaient poser plus de questions fermées alors que les femmes de classe sociale inférieure se voyaient poser moins de questions fermées que la moyenne générale ($p = 0,002$).

EFFET LIÉ À L'HÔPITAL

De façon intéressante, les différences majeures ont été identifiées entre les hôpitaux. Puisque la durée moyenne des interactions variait d'un hôpital à l'autre, le temps a été considéré comme covariant dans le but d'en extraire les effets de l'effet lié à l'Hôpital.

Les catégories «information donnée» et «interruption» varient uniquement en fonction du temps. Le nombre de questions liées au contexte et liées au problème ainsi que le nombre de fois qu'un patient doit demander ou répéter une information sont des catégories liées à chacun des hôpitaux et qui reflètent la routine spécifique de ces hôpitaux. Enfin, le nombre de questions fermées, le degré de personnalisation du contact et les offres d'encouragement minimal varient à la fois avec le temps et avec l'hôpital. Le tableau 3 affiche ces résultats.

Tableau 3
Effet des hôpitaux et du temps (pris comme covariant)
sur les diverses catégories de réponses

	Seuil de signification	
	variable: Hôpital	Covariant: Temps
Question sur le contexte	0,01	0,17
Question sur le problème	0,07	0,44
Information essentielle	0,29	0,01
Information supplémentaire	0,19	0,01
Information sur l'urgence	0,71	0,02
Demande de répéter	0,04	0,09
Question ouverte	0,03	0,01
Question fermée	0,01	0,05
Style personnalisé	0,01	0,01
Interruption	0,97	0,01
Encouragement minimal	0,01	0,01

Une autre façon intéressante de regarder les résultats consiste à comparer les hôpitaux en fonction des catégories à l'intérieur desquelles ils diffèrent de façon significative les uns des autres. Ceci permet de faire émerger un profil de réponse propre à chaque institution et rend possible la

comparaison de ces profils entre eux. Le tableau 4 montre dans quelle direction chaque hôpital varie par rapport aux autres. En soustrayant l'effet du temps, il est possible de constater que les hôpitaux se différencient de façon significative des autres en fonction du nombre d'observation cotée par catégorie.

DISCUSSION

Ces résultats soulignent la grande variation dans les réponses que peut rencontrer un patient éventuel au moment où il décide de demander de l'aide dans une région urbaine. On trouve très peu d'interventions à orientation thérapeutique dans le comportement des réceptionnistes. Bien que cette observation ne soit pas surprenante, le manque évident d'habileté thérapeutique dans un environnement psychiatrique suggère une absence relative de planification et peut-être même d'intérêt de la part des autorités institutionnelles pour cette fonction importante et quasi clinique qu'est l'accueil initial. Par ailleurs, l'évaluation que fait le patient du degré d'urgence de son problème n'a presque jamais été investiguée bien que ce soit là un bon indicateur du degré d'urgence des problèmes. Cette observation prend de l'importance lorsqu'on la relie aux délais considérables (jusqu'à 5 mois) auxquels ont à faire face les patients dans plusieurs des institutions de l'échantillon. Dans certains hôpitaux, un sérieux effort s'est avéré nécessaire pour atteindre l'interlocuteur approprié. Cette difficulté d'accès rend douteuses les possibilités de succès de la démarche pour les patients ayant de faibles habilités sociales ou traversant une situation de crise. Le sexe et la classe sociale des simulateurs n'a pas semblé influencer les interactions à l'exception des hommes de classe sociale inférieure. Il n'est pas sans intérêt de noter que ces derniers ont été les seuls à se voir demander des questions reliées à l'alcoolisme et à être invités à chercher un traitement ailleurs (dans des centres de traitement spécialisés en alcoolisme) bien que, si on le leur demandait, ces individus présentaient le même patron de consommation sociale d'alcool que les autres groupes de simulateurs. Il semblerait que dans ce cas précis, la «réputation» des hommes de classe sociale inférieure relative aux problèmes de l'alcool avait préséance sur leurs problèmes de présentation. Quant à d'autres effets liés au sexe ou à la classe sociale, ils n'étaient tout simplement pas présents ou n'ont pas été détectés dans le schème actuel. Le fait que la méthodologie retenue exigeait des simulateurs qu'ils n'interrompent pas de façon prématurée l'interaction, peut avoir empêché la détérioration de certaines conversations. Cette persistance peut être interprétée comme la preuve d'un certain degré d'affirmation de soi. Si le patient, simulé ou réel, s'était montré moins assertif et avait eu le choix d'interrompre le contact, il est possible que les différences liées à la classe sociale et au sexe se seraient avérées plus marquées. Dans cette perspective, un certain nombre de tendances observées dans les résultats méritent d'être considérées. Parmi celles-ci, il a été observé que les femmes de classe sociale défavorisée se voyaient poser moins de questions fermées et à toute fin pratique un moins grand nombre total de questions. Ceci peut être interprété comme une meilleure acceptation de la part des réceptionnistes et peut être expliqué par le fait que ces femmes sont considérées comme les usagers naturels et routiniers des services psychiatriques (2 femmes pour 1 homme; 80% des usagers proviennent des couches socio-économiques inférieures). D'autres catégories qui n'ont pas été retenues dans les résultats (en raison d'une fréquence d'observation trop faible) suggèrent certaines tendances liées au sexe et à la classe sociale dont la signification mérite d'être étudiée dans un plus grand nombre d'observations. Par exemple, les catégories «manque de respect» et «persuasion» ont été notées surtout parmi les simulateurs de classe sociale défavorisée. Les femmes ont reçu plus de réponses caractérisées par le «reflet». Les hommes de classe sociale supérieure ont été traités de façon plus «personnalisée». Toutes ces données quasi significatives vont dans le sens d'un traitement différentiel d'un sujet lié à la fois à la classe sociale et au sexe. Ceci devra être retenu dans les études ultérieures portant sur le domaine. En outre, ces observations seraient compatibles avec les connaissances actuelles relatives aux différences sexuelles et sociales dans le traitement psychiatrique²¹.

Il faut se demander si la politique des divers hôpitaux se trouve reflétée dans les caractéristiques de Contenu et de Forme des interactions. À partir des résultats, il semble que la plupart des informations liées au Contenu (essentiels et supplémentaires) offertes par les réceptionnistes l'étaient de façon contingente à la durée de l'interaction et non pas de façon spécifique à chaque institution. En d'autres mots, les informations relatives au service hospitalier et au fonctionnement des départements n'étaient données que sur insistance des simulateurs et provenaient essentiellement de questions adressées aux réceptionnistes (Tableau 2). Cette absence présumée de politique d'in-

Tableau 4

Différences significatives entre les hôpitaux
pour chaque catégorie de réponses (corrigée pour la durée)

Hôpitaux	Durée moyenne (sec)	Questions sur le contexte	Questions sur le problème	Répétition demandée	Question ouverte	Question fermée	Style personnalisé	Encouragement minimal
1	218	—	.		+	—		
2	437	+	+			+	+	+
3	167							
4	248		—	+				
5	501	—						—
6	313	+				+	—	
7	350						+	
8	255							
9	232							
10	139	—		—		—		—

formation quant à l'orientation des patients et à leur introduction dans le système de soins a été perçue comme confondante par les patients et la plupart du temps les réceptionnistes sont apparues confuses aux yeux des patients. D'autre part les questions reliées au problème semblaient refléter plus les politiques hospitalières quant au fait de recueillir ou pas des données cliniques au moment du premier contact téléphonique. Bien que la cueillette de données cliniques puisse sembler de prime abord avantageuse du point de vue d'une économie de temps, sa pertinence doit être mise en question d'une perspective opérationnelle ou d'une perspective d'orientation des patients. Les simulateurs ont en effet éprouvé une gêne subjective à se faire poser des questions trop personnelles avant même d'avoir une représentation du milieu et des personnes auxquels ils auraient affaire. Les caractéristiques de Contenu décrites ici influencent de façon indirecte la forme du premier contact téléphonique en enregistrant le nombre des réponses possibles. Par exemple, certaines institutions ne demandent pas le nom du patient mais seulement son adresse dans le but de vérifier son appartenance sectorielle, d'autres demanderont au patient de répéter les données d'identification à deux personnes ou plus. Dans les deux cas, il est difficile pour la téléphoniste de faire preuve d'un intérêt personnalisé à l'égard du patient. Et quand aucun intérêt n'est communiqué pour les problèmes d'un patient, il est également très difficile de faire preuve de support ou d'encouragement.

De plus, les résultats montrent qu'indépendamment des politiques ou des routines hospitalières, le fait de montrer un intérêt ou un encouragement pour quelqu'un exige plus de temps de la part de la téléphoniste. Dans ce sens, un résultat intéressant montre que les interruptions provenant de la téléphoniste deviennent plus fréquentes avec le temps. Dans un environnement de politiques vaguement définies, et dans lequel il est difficile de détecter des signes de formation systématique des téléphonistes, l'interruption s'avère probablement la meilleure stratégie pour mettre fin à des interactions avec des patients qui insistent et qui font preuve d'anxiété. De la perspective des patients, il est possible de mettre en question les bénéfices d'une telle approche.

CONCLUSION

De façon générale, le portrait qui émerge de la situation d'accueil téléphonique dans les milieux étudiés semble illustrer un système cahotique susceptible de favoriser la détérioration éventuelle des patients. Une telle conclusion se voit supportée par les résultats combinés de délais excessifs, d'absence d'évaluation du degré d'urgence des problèmes présentés et de la grande difficulté qu'ont éprouvé les simulateurs à rejoindre les interlocuteurs appropriés. Les faiblesses observées dans plusieurs environnements ne sont qu'exacerbées par la structure sectorielle de la région. Le fait de l'organisation sectorielle des services psychiatriques crée une situation dans laquelle une personne qui habite sur une rue donnée recevra un traitement à l'intérieur de quelques jours alors que la personne qui habite sur la rue suivante (secteur différent, institution différente) devra attendre 4 ou 5 mois sur une liste d'attente. Si on considère les raisons qui motivent généralement à chercher des services psychiatriques, une telle situation peut engendrer des stress considérables et des conséquences hasardeuses pour les patients. Peut-être décideront-ils de retarder encore plus longtemps leur tentative pour obtenir de l'aide ou encore devront-ils se résoudre à redéfinir leur problème en termes «urgent», se soumettant ainsi à des procédures pas toujours nécessaires et contribuant à la surcharge des services d'urgence.

Les services de santé mentale ont rarement accès à de l'information relative à la réponse qu'ils offrent au public autrement que par des commentaires de patients isolés qui n'atteignent généralement pas les niveaux de décision administratifs. L'environnement de service moyen manque également d'outils pour évaluer ces fonctions. Maintenant que les conséquences des diverses caractéristiques de l'accueil initial sont connues par la recherche, l'intérêt et l'utilité des stratégies de simulation pour les évaluer doivent être considérés.

L'intégration aux services d'évaluation de méthodes semblables à celle qui est présentée ici pourrait contribuer à l'établissement d'une banque régionale de données dont la vocation serait de fournir aux divers milieux offrant des services en santé mentale un feedback sur ce sous-système essentiel et de développer des moyens d'améliorer cette fonction à l'avenir.

RÉSUMÉ

L'évaluation des services de santé est une problématique la plupart du temps définie de l'intérieur des institutions. Le vécu des personnes qui souhaitent se prévaloir de ces services est potentiellement riche en informations. Dans le but de permettre aux institutions offrant des services ambulatoires en santé mentale de calibrer l'accueil qu'elles offrent à la population, les auteurs ont procédé à une étude de simulation de demande d'aide par téléphone. Des comédiens ont été formés à effectuer des demandes d'aide auprès de dix institutions d'une grande ville. L'information recueillie et traitée selon une procédure systématique a permis de définir des profils d'accueil de chaque institution. La grande variabilité des résultats obtenus soulève le problème du sens donné dans notre société à l'accessibilité universelle aux services de santé mentale. La méthode d'investigation est discutée quant à son intérêt pour l'évaluation formative de la qualité des services et politiques d'accueil.

SUMMARY

The evaluation of health services is most often defined within the framework of the institution. The experiences of persons desiring access to these services is a potentially rich source of information. With the objective of making it possible for institutions offering ambulatory services in mental health to measure the service they offer to the population, the authors carried out a simulation study of requests for help made by telephone. Professional actors received training to make requests for help to ten institutions in a large city. The information which was collected and analyzed systematically resulted in the definition of service profiles for each institution. The great variability of findings raises the problem of the meaning given to universal accessibility to mental health services in our society. The method of investigation is discussed as to its usefulness in evaluation directed toward the quality of services and of service policies.

RESUMEN

La evaluación de los servicios de salud es una problemática definida, la mayor parte del tiempo, al interior de las instituciones. Las vivencias de las personas que desean prevalerse de esos servicios son potencialmente ricas en información. Con el objeto de permitir a las instituciones que ofrecen servicios ambulatorios en salud mental calibrar la acogida que ellas ofrecen a la población, los autores han procedido a un estudio de simulación de demanda de ayuda por teléfono. Dos actores han sido formados para efectuar las solicitudes de ayuda a diez instituciones de una gran ciudad. La información recogida y tratada según un procedimiento sistemático a permitido definir los perfiles de acogida de cada institución. La gran variabilidad de los resultados obtenidos plantea el problema del sentido dado en nuestra sociedad a la accesibilidad universal a los servicios de salud mental. El método de investigación es discutido en cuanto a su interés para la evaluación formativa de la calidad de servicios y políticas de acogida.