



RAPPORT de RECHERCHE

*Évaluation d'un service téléphonique
d'information et de référence en santé
mentale: une innovation clinique
conçue par des infirmières*

RAPPORT DE RECHERCHE

Évaluation d'un service téléphonique d'information et de référence en santé mentale : une innovation clinique conçue par des infirmières

Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ)
Programme de recherche clinique en soins infirmiers

Fondation Canadienne de recherche en sciences infirmières (FCRSI)

FRE-002-49

Nicole Ricard, inf., Ph.D.
Jean-Pierre Bonin, inf., Ph.D.
Janique Beauchamp, inf., M.Sc.
Annie Pontbriand, M.Soc.
Denise Grégoire, inf., M.Sc.

Hôpital Louis-H. Lafontaine
Centre de recherche Fernand-Seguin

Liste des chercheurs et collaborateurs au projet

Les auteurs de ce rapport sont:

Nicole Ricard: infirmière, Ph.D., chercheure, Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, professeure titulaire et vice-doyenne aux études supérieures et à la recherche à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal;

Jean-Pierre Bonin: infirmier, Ph.D., chercheur et collaborateur au module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques du Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine; professeur adjoint à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal;

Janique Beauchamp: infirmière, M.Sc., Ph.D. (scolarité), conseillère clinicienne en soins spécialisés, volet recherche et évaluation de la qualité à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, coordonnatrice de recherche au module de soutien évaluatif au développement des services psychiatriques du Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine;

Denise Grégoire: infirmière, M.Sc., conseillère clinicienne en soins spécialisés, volet clinique à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine;

Annie Pontbriand: M.Soc., agente de recherche à l'Hôpital Douglas.

On peut se procurer des copies additionnelles de ce rapport

par courrier: Module de soutien évaluatif, Unité 218
 Hôpital Louis-H. Lafontaine
 7401, rue Hochelaga
 Montréal (Québec)
 H1N 3M5

par téléphone: (514) 251- 4015, poste 2806

par courriel: jbeauchamp.hlhl@ssss.gouv.qc.ca

Toute reproduction totale ou partielle et toute référence aux éléments de ce document sont autorisées, à condition d'en citer la source.

Dépôt légal

Bibliothèque Nationale du Québec, deuxième trimestre 2005

Bibliothèque Nationale du Canada, deuxième trimestre 2005

ISBN 2-922577-33-3

© Hôpital Louis-H. Lafontaine, Direction des soins infirmiers

Tous droits réservés

Remerciements

Cette étude n'aurait jamais pu être réalisée sans la contribution de nombreux collaborateurs auxquels nous désirons adresser nos sincères remerciements.

Tout d'abord, nous souhaitons exprimer notre reconnaissance à monsieur Jean-Jacques Leclerc, directeur des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté et à madame Lise Boies, responsable clinique de l'Appoint au moment de la recherche, pour leur ouverture, intérêt et collaboration à cette étude. Nous tenons également à exprimer notre gratitude à l'ensemble des intervenants de l'Appoint qui ont prêté leur généreuse collaboration à la collecte de données ainsi qu'à tous les usagers du service téléphonique qui ont accepté de répondre aux questions de l'enquête sur la satisfaction. De chaleureux remerciements sont adressés aux infirmières qui ont accepté de nous rencontrer dans le cadre des entrevues de cette recherche afin de partager leurs perceptions en regard de la nature de leur travail.

Nous remercions également Lorraine Laliberté, agente de recherche, pour l'excellence de son travail à la réalisation des entrevues téléphoniques auprès des usagers. Enfin, toute notre reconnaissance à Madame Diane Benoît, directrice des Soins infirmiers au moment de l'étude, ainsi qu'aux membres du C.I.I., notamment Lyne Brunet et Daniel Beauregard qui en furent tour à tour président(e), pour leur intérêt et soutien constants au projet et à la réalisation de cette étude.

ABRÉGÉ

Les récentes orientations politiques en santé mentale favorisent le déploiement dans la communauté de services favorisant, entre autres, l'auto-prise en charge des usagers et l'accessibilité à de l'information de qualité en tout temps. Dans ce contexte, des infirmières de l'Hôpital Louis-H Lafontaine ont travaillé à mettre sur pied un service d'aide téléphonique structuré et professionnel d'information et de référence en santé mentale. Ce projet prévoyait une évaluation systématique de son fonctionnement et de l'atteinte de ses objectifs, très peu de recherches évaluatives ayant été menées à ce sujet.

La présente étude visait à décrire : 1) la nature de l'aide offerte par le service téléphonique Information référence en santé mentale; 2) l'efficacité perçue par les infirmières pour répondre aux besoins des usagers de ce service; 3) l'adéquation perçue par les infirmières entre, d'une part, leurs compétences et les outils disponibles et, d'autre part, les demandes des usagers; et 4) la satisfaction des usagers suite à l'utilisation du service.

Méthode

Ce projet de recherche repose sur un devis descriptif évaluatif alliant une approche quantitative, soit une compilation des fiches d'appel complétées par les intervenants ($n=628$) et un questionnaire relativement à la satisfaction d'un sous-échantillon des usagers ($n=152$), et qualitatif, soit des entrevues individuelles semi-structurées auprès des infirmières régulières impliquées au service ($n=4$).

Résultats

Il ressort que les appels au service se font majoritairement le soir; ils sont en général plutôt courts et logés aux deux tiers par des femmes. Le besoin le plus fréquemment exprimé par les usagers est celui d'être écouté, alors que la situation de soin primaire la plus souvent identifiée est l'anxiété, à laquelle s'ajoute l'agressivité actuelle envers soi à titre de facteurs de risque. Dans le volet qualitatif, les infirmières ont souligné l'importance de l'aspect «intervention» de leur fonction soit, entre autres, une démarche globale de relation d'aide et du processus de soins, qui va au-delà de la simple référence. Les données descriptives indiquent que les interventions les plus fréquentes sont: l'écoute, le soutien, la référence, le recadrage, l'information/enseignement et la résolution de problème. Les infirmières du service téléphonique se perçoivent généralement compétentes et évaluent positivement leur relation d'aide auprès des usagers du service, mais on identifie un manque de ressources formelles et informelles afin de répondre aux besoins et attentes des usagers. Quant aux compétences de l'ordre du savoir-faire, l'étude révèle qu'elles incluent nécessairement des habiletés de communication, de résolution de problèmes mais surtout des habiletés stratégiques pour la création de contacts dans le réseau de services et leur maintien. Le «savoir-être» est considéré comme étant tout aussi important et fondamental. Enfin, l'enquête sur la satisfaction des usagers démontre un taux élevé de satisfaction sur toutes les dimensions évaluées. Les usagers considèrent que le service est très accessible et que l'appel a été utile, ils se montrent très satisfaits quant aux divers aspects reliés à la relation interpersonnelle et 90% disent qu'ils feraient à nouveau appel au service téléphonique advenant un nouveau problème.

En conclusion, la présente recherche représente une source d'information précieuse démontrant qu'un tel service peut répondre à de nombreux besoins notamment en regard de l'accessibilité aux services. Cette étude offre également des indications susceptibles d'améliorer le service téléphonique relativement à son organisation et quant aux compétences essentielles requises pour offrir un service optimal.

RÉSUMÉ

Depuis la fin des années quatre-vingt, et dans la foulée du processus de désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques, les orientations politiques en santé mentale favorisent le déploiement dans la communauté d'une gamme de services favorisant, entre autres, l'auto-prise en charge des usagers et l'accessibilité à de l'information de qualité en tout temps. C'est dans ce contexte que des infirmières de l'Hôpital Louis-H Lafontaine, confrontées à l'accroissement des demandes d'information venant du public ou de divers intervenants, ont travaillé à mettre sur pied un service d'aide téléphonique structuré et professionnel d'information et de référence en santé mentale, lequel est entré en fonction le 6 avril 1997. Les objectifs de ce service étaient les suivants: 1) répondre rapidement aux besoins d'information et de référence concernant les diverses problématiques de santé mentale; 2) favoriser l'auto-prise en charge de la personne en matière de santé; 3) maximiser l'utilisation des ressources individuelles, familiales et environnementales et 4) diriger, dans les plus brefs délais, les personnes vers des ressources appropriées dans leur secteur respectif. Dès son implantation, ce projet prévoyait également une évaluation systématique de son fonctionnement et de l'atteinte de ses objectifs. Malgré la popularité croissante de ces pratiques, très peu de recherches évaluatives ont été menées à ce sujet.

La présente étude visait à répondre aux questions de recherche suivantes:

- Quelle est la nature de l'aide offerte et caractérisant les interventions téléphoniques du service *Information référence en santé mentale*?
- Quelle est l'efficacité perçue par les infirmières pour répondre aux besoins des usagers¹ du service téléphonique *Information référence en santé mentale*?
- Quelle est l'adéquation perçue par les infirmières entre, d'une part, leurs compétences et les outils disponibles et, d'autre part, les demandes des usagers?
- Quelle est la satisfaction des usagers suite à l'utilisation du service téléphonique *Information référence en santé mentale*?

Méthode

Ce projet de recherche repose sur un devis descriptif évaluatif alliant une approche quantitative et qualitative. Trois stratégies de collecte de données furent utilisées pour répondre aux questions de recherche. Premièrement, lors de chaque appel téléphonique, les intervenants ont complété une fiche d'appel, adaptée aux fins de l'étude, permettant ainsi d'identifier les caractéristiques de chaque demande et les interventions réalisées. Ces fiches d'appel ont été remplies d'octobre 2001 à janvier 2002 et ce, pour tous les appels reçus au cours de cette période (n=628). Deuxièmement, des entrevues individuelles semi-structurées ont permis d'approfondir, avec les infirmières régulières impliquées au service (n=4), la nature de l'aide offerte lors des interventions téléphoniques ainsi que la perception de leur efficacité à répondre aux besoins des usagers et les divers facteurs associés à celle-ci. Ces entrevues visaient également à discuter l'adéquation entre, d'une part, leurs compétences et les outils disponibles et, d'autre part, les demandes des usagers. Finalement, afin d'évaluer la satisfaction des usagers, un sous-échantillon représentatif proportionnel au nombre d'appels reçus, au cours d'une période de quatre mois au service téléphonique, a été formé. Ainsi, 25 % des appels sélectionnés aléatoirement à partir des fiches d'appels furent l'objet d'une relance auprès des usagers (n=152) les invitant à répondre, par le biais d'une entrevue téléphonique, à un questionnaire de satisfaction adapté aux fins de la recherche.

1. Usager: Il s'agit de la personne qui a effectué l'appel comme tel. Ces usagers peuvent être divisés en trois catégories:

- I. Les clients: Ceux qui appellent pour eux-mêmes, i.e. des personnes ayant un problème quelconque auquel le service téléphonique peut répondre.
- II. Les usagers-aidants: Ceux qui appellent pour quelqu'un d'autre: il peut s'agir d'un parent ou ami qui appelle pour un proche dans le besoin.
- III. Les usagers-intervenants: Ceux qui contactent le service pour un renseignement, une référence, une demande d'hébergement ou autre. Il s'agit d'appelants constituant le réseau formel d'une personne suivie en santé mentale.

Résultats

En ce qui a trait aux caractéristiques des appels au service téléphonique, il ressort qu'en tout, 628 appels ont été reçus au cours d'une période de collecte de donnée d'un peu plus de trois mois. Les appels au service se font majoritairement le soir; ils sont en général plutôt courts, soit de moins de 20 minutes dans la plupart des cas et sont logés aux deux tiers par des femmes. Les besoins les plus fréquemment exprimés par les usagers sont celui d'être écouté, d'être aidé pour travailler sur une difficulté et d'être dirigé vers une ressource. La situation de soin primaire la plus souvent identifiée est l'anxiété, notée chez plus de la moitié des usagers. Parmi les facteurs de risque identifiés on retrouve principalement de l'agressivité actuelle envers soi, dans près du tiers des facteurs identifiés, auxquels s'ajoutent l'agressivité actuelle envers les autres (14%).

Les résultats de l'analyse qualitative des entrevues réalisées auprès des infirmières permettent de répondre aux trois premières questions de recherche. Ainsi, il ressort que les infirmières du service téléphonique insistent sur le volet «intervention» de leur fonction. Elles définissent la nature de l'aide apportée dans le cadre d'une démarche globale de relation d'aide et du processus de soins, qui va au-delà de la simple référence. Plus spécifiquement, ces dernières soulignent l'importance du rôle de soutien ponctuel inhérent à leur intervention, lequel consiste à conseiller ou rassurer les usagers en dehors des heures de consultation ou lorsque les services sont peu accessibles. Ce type d'aide permet, selon les infirmières, de maintenir les personnes dans leur milieu de vie. En ce sens, les infirmières agissent fréquemment comme personne-ressource pour d'autres intervenants en santé mentale qui utilisent le service téléphonique dans le cadre de gestion de situations problématiques ou pour obtenir réponse à des questions ou des conseils quant à la conduite à tenir dans différentes situations de santé. Un autre type d'intervention fréquemment mentionné s'avère l'écoute, compte tenu que la solitude ou l'isolement représente un problème majeur auquel sont confrontés plusieurs utilisateurs du service téléphonique. Plusieurs interventions exigent également une démarche de résolution de problème afin d'amener les usagers à cheminer eux-mêmes, en «explorant» avec eux les raisons motivant leur appel et les solutions possibles. Après avoir défini la nature des difficultés, les infirmières réfèrent, s'il y a lieu, vers des ressources appropriées au besoin de l'utilisateur. La référence constitue donc une dimension importante de leur intervention et fait partie intégrante de la démarche de soins. Plusieurs appels acheminés au service téléphonique consistent en des demandes d'information, surtout en regard de la gestion de la médication et de la «normalité» des symptômes. Ces demandes d'information proviennent le plus souvent d'intervenants de ressources communautaires ou de proches et parfois des usagers eux-mêmes. Enfin, les infirmières du service téléphonique utilisent aussi le recadrage, qui permet à l'utilisateur de percevoir sa situation différemment et ainsi diminuer son anxiété. Par ailleurs, en ce qui a trait à la prépondérance des interventions, les données descriptives provenant des fiches d'appels, indiquent qu'elles se situent dans l'ordre suivant: l'écoute, le soutien, la référence, le recadrage, l'information/enseignement et la résolution de problème.

En ce qui a trait à l'efficacité perçue, les infirmières du service téléphonique se perçoivent généralement compétentes et évaluent positivement leur relation d'aide auprès des usagers du service. Les appels qui consistent en des demandes d'information relatives à la médication sont les appels jugés les plus «faciles» par la majorité des infirmières. Par contre, les appels récurrents d'utilisateurs qui téléphonent sans raison précise, de même que les appels logés dans des moments de panique ou d'anxiété sont des appels qualifiés de plus difficiles par certaines répondantes. Une autre difficulté identifiée réside dans le manque de ressources disponibles afin de répondre aux besoins et attentes des usagers, qu'il s'agisse de ressources formelles ou informelles. Les infirmières interrogées doivent apprendre à vivre avec le doute de ne pas avoir réussi leur intervention et à accepter de ne pas avoir le contrôle sur les résultats de leur démarche d'aide, ce qui représente, dans certains cas, une source d'insatisfaction ou de frustration. Dans ce contexte, elles insistent sur l'importance de leur capacité à être conscientes de leurs limites.

Les infirmières perçoivent que leur travail exige des compétences très spécifiques quant aux divers savoirs propres aux troubles mentaux, à la médication, à l'organisation du réseau de services, aux problèmes de santé physique; à cet égard elles soulignent l'importance de la formation continue et de la mise à jour constante des compétences. Le «savoir-être» est considéré comme étant tout aussi important et fondamental. Mise à part les habiletés de base caractérisant toute relation d'aide, l'intervention au service téléphonique requiert une multitude d'autres qualités comme, la souplesse, la débrouillardise, la confiance en soi, l'autonomie, le jugement et les capacités à travailler sans filet de sécurité, à s'affirmer et à se remettre en question. Quant aux compétences de l'ordre du savoir-faire, elles incluent, nécessairement des habiletés de communication, de résolution de problèmes mais surtout des habiletés stratégiques pour la création de contacts dans le réseau de services et leur maintien. Les instruments mis à leur disposition sont considérés comme étant relativement utiles, bien que certains, tel le guide des médicaments, devraient être mis à jour. Enfin, les infirmières identifient des

difficultés ayant trait aux conditions de leur pratique au service téléphonique, soit l'environnement de travail, l'ambiguïté de la fonction de l'infirmière au service téléphonique ou son manque de clarté et la vision même de la mission du service téléphonique.

L'enquête portant sur la satisfaction des usagers (n = 152), démontre un taux élevé de satisfaction sur toutes les dimensions évaluées. Les usagers considèrent que le service est très accessible, i.e. qu'ils n'ont pas eu à appeler plusieurs fois pour obtenir la ligne, ni à attendre pour parler à un intervenant. On constate aussi une satisfaction très élevée quant aux divers aspects reliés à la relation interpersonnelle (politesse, compréhension, clarté du langage), au soutien reçu et à la qualité de l'écoute. On considère que l'appel a permis de diminuer leur anxiété, l'appel est perçu comme ayant été utile et l'utilisateur, dans plus de 90% des cas, dit qu'il ferait à nouveau appel au service téléphonique advenant un nouveau problème.

En conclusion, la présente recherche représente une source d'information précieuse démontrant qu'un tel service peut répondre à de nombreux besoins notamment en regard de l'accessibilité aux services. Cette étude offre également des indications susceptibles d'améliorer le service téléphonique relativement à son organisation et quant aux compétences essentielles requises pour offrir un service optimal. Ce type de service est appelé à se développer davantage et des mécanismes sont à prévoir afin d'assurer l'imputabilité des intervenants et la protection du public, lesquelles représentent des enjeux futurs pour l'implantation d'un service téléphonique.

Table des matières

Remerciements	v
Abrégé	vi
Résumé	vii
1. Problématique	3
Questions de recherche	4
2. Recension des écrits	5
La télépratique : un vaste éventail de pratiques	5
Les recherches évaluatives	6
La télépratique au Québec : Une pratique encore peu évaluée	8
3. Développement et implantation du service téléphonique	9
4. Méthodologie	11
4.1 Devis et description du milieu de recherche	11
4.2 Outils de collecte des données	11
4.2.1 Les fiches d'appels standardisées	11
4.2.2 Le questionnaire de satisfaction	12
4.2.3 Les entrevues semi-structurées	12
4.3 Déroulement de l'étude	12
4.3.1 Les considérations éthiques	12
4.3.2 Les rencontres préparatoires et développement des outils de collecte de données	13
4.3.3 Le pré-test	14
4.3.4 La collecte des données	15
4.4 Méthode d'analyse des données	15

5. Présentation et analyse des résultats	17
5.1 Présentation du volet qualitatif : perception des infirmières	17
5.1.1 La nature de l'aide apportée	17
5.1.2 La perception de l'efficacité de l'aide apportée	21
5.1.3 L'adéquation perçue par les infirmières entre les compétences et les outils de soins disponibles et les demandes des usagers	24
5.2 Présentation du volet quantitatif	35
5.2.1 La description des fiches d'appels	36
5.2.2 L'évaluation de la satisfaction des usagers	41
6. Discussion	51
6.1 Caractéristiques de la clientèle du service téléphonique : Information référence en santé mentale	51
6.2 Principaux constats permettant de répondre aux questions de recherche	52
6.2.1 La nature de l'aide apportée par les infirmières impliquées dans le service téléphonique	52
6.2.2 La perception de l'efficacité de l'aide apportée aux usagers du service téléphonique	54
6.2.3 L'adéquation entre les compétences, les outils disponibles et les demandes des usagers	55
6.2.4 La satisfaction des usagers face au service téléphonique	58
6.3 Contribution et limites de l'étude	59
7. Conclusion	61
Références	63
Appendices	65
1. Fiche d'appel	66
2. Lexique	68
3. Questionnaire de satisfaction	70
4. Guide d'entrevue	79
5. Acceptation du projet au Comité d'éthique de la recherche	81
6. Formulaire de consentement	82

1. Problématique

Depuis le début des années 1960, le système de soins et de services en santé mentale a connu des transformations profondes conduisant à une désinstitutionnalisation massive des clientèles, à la réduction de la taille des hôpitaux psychiatriques de même qu'à la diminution des durées de séjours hospitaliers. De plus, depuis 1989, les *Orientations de la Politique de santé mentale* (MSSS, 1989) favorisent la primauté de la personne, le développement d'un partenariat avec les usagers et les proches, la recherche de solutions dans le milieu, l'équité de même que le déploiement dans la communauté d'une gamme de services rapidement accessibles et de qualité. Dans ce contexte, plusieurs moyens d'action ont été proposés, dont la mise en œuvre d'une stratégie d'information. L'un des buts de cette stratégie était « de favoriser le développement d'habiletés qui permettront de reconnaître plus facilement les situations problématiques et d'orienter les personnes vers les endroits appropriés » (p. 35). De plus, le MSSS énonçait alors que « l'information doit maintenant faire partie de la gamme essentielle de services présente dans la région » (p. 35). Par ailleurs, une étude (Ricard & Fortin, 1993) réalisée auprès de 400 aidants naturels, dont le proche est atteint d'un trouble mental, révélait que les services de consultation téléphonique et d'information en situation de crise arrivaient au premier rang parmi la liste de services jugés prioritaires par les intervenants.

Or, le *Bilan d'implantation de cette Politique* (MSSS, 1997) démontre que plusieurs des objectifs visés n'ont pas été atteints et on constate notamment que « l'information a fait l'objet de peu d'attention et l'implantation de cet élément de la gamme de services s'est davantage concrétisée par des actions ponctuelles » (p. 64). De plus, même si depuis la publication de ce bilan, il est recommandé de rendre disponible l'information aux personnes qui en ont besoin par l'implantation d'un service téléphonique 1-800, spécifique à la santé mentale, la population n'a encore qu'un accès très limité à ce type de service, pourtant jugé essentiel.

L'absence d'un service téléphonique en santé mentale contribue, non seulement à maintenir le caractère stigmatisant associé aux troubles mentaux, mais prive la population d'une information nécessaire lors de la prise de décisions concernant sa santé mentale ou celle d'un proche. Ce manque d'accès à l'information peut avoir des conséquences multiples tant au plan de la prévention ou de la gestion de situations de crise que de la prévention des rechutes des personnes atteintes ou de la détérioration de leur condition. De plus, cette situation peut influencer la qualité du soutien ou de la relation de partenariat que l'on doit développer avec les familles ou les aidants naturels des personnes atteintes et leur bien-être. L'absence d'un système d'information rapidement accessible et capable de répondre aux besoins divers de la population peut aussi avoir des conséquences économiques non négligeables en retardant, par exemple, le recours approprié (au bon moment et au bon endroit) aux services de santé mentale. Ainsi, selon une étude réalisée auprès de 200 aidants naturels de personnes atteintes de troubles mentaux en situation de crise, on constate que 31 % des aidants ont retardé à consulter parce qu'ils n'étaient pas suffisamment informés de la condition de leur proche, 20 % ne savaient pas où s'adresser, 8,3 % se disaient mal à l'aise de demander de l'aide, 6 % trouvaient cela « trop compliqué » et 5 % n'avaient pas suffisamment de temps. On peut donc penser que l'accessibilité à un service téléphonique en santé mentale aurait pu faciliter la prise de décision de plusieurs de ces aidants ou d'une résolution plus rapide de la situation de crise que vivait la personne atteinte (Ricard, Fortin et Bonin, 1995).

Pourtant, dans le domaine de la santé physique, ce service est offert par les infirmiers et les infirmières des CLSC (Info-Santé CLSC) et une étude (Hagan & Garon, 1998) démontre qu'il s'avère efficace tant au plan de la satisfaction des usagers que des économies qu'il peut engendrer. Cependant, même si la majorité des CLSC ont mis en œuvre des équipes de santé mentale, ces divers CLSC ne sont pas toujours en mesure de répondre aux demandes concernant des problématiques de santé mentale. Ainsi, les usagers qui requièrent un tel service se voient souvent référés aux urgences ou aux unités de soins des hôpitaux psychiatriques.

De plus en plus confrontées à l'accroissement des demandes d'information venant du public ou de divers intervenants, et conscientisées aux nouveaux besoins et au rôle plus actif des personnes face à leur santé, des infirmières de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine ont élaboré un projet de service téléphonique. En collaboration avec leur Conseil des infirmiers et infirmières (CII) et avec le soutien d'une infirmière clinicienne spécialisée, elles ont décidé, en novembre 1996, de travailler à la mise sur pied d'un service téléphonique structuré et professionnel d'information et de référence en santé mentale. Les objectifs de ce projet visaient alors à : 1) répondre rapidement aux besoins d'information et de référence concernant les diverses problématiques de santé mentale; 2) favoriser l'auto-prise en charge de la personne en matière de santé; 3) maximiser l'utilisation des ressources individuelles, familiales et environnementales et 4) diriger, dans les plus brefs délais, les personnes vers des ressources appropriées dans leur secteur respectif.

Plusieurs étapes, qui seront décrites ultérieurement, ont présidé à l'implantation de ce projet. Le service téléphonique a débuté en avril 1998 et fonctionne actuellement sept jours par semaine, 24 heures par jour. Ce projet est une innovation unique car il met à profit les savoirs d'infirmières en santé mentale et fait appel au développement de nouveaux outils de soins et d'un mode de pratique en santé mentale, encore peu développé au Québec.

L'élaboration de ce projet prévoyait une évaluation systématique de son fonctionnement, notamment en regard de son efficacité à répondre aux besoins des usagers du service. C'est dans cette perspective que se situe la présente recherche dont les objectifs généraux étaient de décrire le fonctionnement du service téléphonique « Information et référence en santé mentale » et d'en évaluer l'atteinte des objectifs visés. La présente recherche s'intéresse donc à l'évaluation d'un nouveau mode de pratique infirmière soit la télépratique. La télépratique infirmière réfère, selon l'AIIC (2000), à des « méthodes de pratique infirmière axées sur les clients et fondées sur les télécommunications ou des moyens électroniques. La télépratique des soins infirmiers utilise le processus des soins infirmiers, qui englobe l'évaluation du client, la planification et la mise en œuvre des interventions par la prestation de renseignements, l'aiguillage, l'éducation et l'appui, l'évaluation et la documentation ». Toutefois, malgré le développement croissant de la télépratique, encore peu d'études ont porté sur l'évaluation de services téléphoniques mis sur pied par des infirmières. La revue des écrits sur le sujet permet de constater la nécessité de ce type d'évaluation. De plus, les conclusions qui émanent des différentes études sur cette question préconisent la réalisation de recherches évaluatives permettant, entre autres, de mieux cerner la nature des interventions infirmières et leur impact auprès des usagers (Huber et Blanchfield, 1999; Lafrenière, 1996; Mayo et al., 2002; Valanis et al., 2003; Omery, 2003).

La poursuite de cette étude descriptive évaluative est de première importance pour le développement et la reconnaissance de la contribution des soins infirmiers en santé mentale communautaire. D'une part, elle permet de préciser la contribution réelle de l'infirmière, la nature de ses interventions, l'adéquation entre les outils utilisés et les ressources personnelles et professionnelles de l'infirmière. D'autre part, elle permet d'évaluer la satisfaction des usagers et d'apporter des correctifs jugés nécessaires pour augmenter cette satisfaction.

Questions de recherche

La présente étude vise à répondre aux questions de recherche suivantes :

1. Quelle est la nature de l'aide offerte et caractérisant les interventions téléphoniques du service *Information référence en santé mentale* ?
2. Quelle est l'efficacité perçue par les infirmières pour répondre aux besoins des usagers du service téléphonique *Information référence en santé mentale* ?
3. Quelle est l'adéquation perçue par les infirmières entre, d'une part, leurs compétences et les outils disponibles et, d'autre part, les demandes des usagers ?
4. Quelle est la satisfaction des usagers suite à l'utilisation du service téléphonique *Information référence en santé mentale* ?

2. Recension des écrits

L'utilisation des technologies de communication et d'information pour la prestation des services de santé et de l'information sur la santé connaît un essor sans précédent et cette forme de pratique, reconnue sous le vocable de télésanté, représente (Organisation Mondiale de la santé, 1997) une avancée de la santé publique à laquelle tous devraient avoir accès. La télépratique infirmière, qui constitue une application de la télésanté, a pris une ampleur considérable au cours des dernières années, particulièrement en raison du développement des soins ambulatoires, d'une préoccupation accrue pour les coûts, du développement technologique et du besoin de réponses rapides aux préoccupations de santé de la population (Moscato *et al.*, 2003). Ce type de pratique, bien que relativement nouveau dans sa forme, respecte en tout point les étapes propres au processus de soin infirmier traditionnel (évaluation, diagnostic, définition de buts, intervention, référence, etc.) (Omery, 2003). Comme le souligne McLean (1998), la technologie joue un rôle fondamental dans cette évolution, car dans un monde où il est possible d'obtenir sur Internet des réponses à n'importe quelle interrogation, les clients ont de plus en plus d'attentes face à l'obtention de réponse instantanée à leurs questions. Par ailleurs, dans certains pays, telle que la Chine, on constate que le développement de ce type d'intervention serait simplement relié à une augmentation du nombre d'appareils téléphoniques.

Il importe toutefois de mentionner que les principes de l'intervention téléphonique en situation de crise ne sont pas nouveaux. La mise sur pied de la première ligne téléphonique, offrant une aide 24 heures sur 24, daterait en effet de 1965 (Rosenbaum & Calhoun, 1977). De plus, l'une des premières recensions d'écrits dans ce domaine (Kristine 1972) rapporte que, depuis le début des années 1960, les infirmières utilisent le téléphone à diverses fins comme le triage, l'évaluation, le *counseling*, l'information, l'intervention en situation de crise et ce, principalement dans le domaine de la santé publique et des soins pédiatriques. Dans le domaine de la santé mentale, la pratique infirmière par l'intermédiaire d'un service téléphonique est également un élément important de l'intervention depuis plusieurs années aux États-Unis et en forte augmentation en Grande-Bretagne (Hemingway *et al.*, 2000). Ce type de pratique constitue également un domaine de recherche en émergence.

La télépratique: un vaste éventail de pratiques

Selon Blanchfield, Schwarzentraub et Reisinger (1997), on identifie trop souvent au simple processus de triage les interventions effectuées par les infirmières des services de lignes téléphoniques. Or, le triage ne constitue, selon ces auteurs, que la première étape du processus infirmier et les infirmières en ligne font beaucoup plus. Les soins infirmiers dispensés lors de ces appels couvrent un vaste éventail de pratiques du même ordre que celles effectuées dans le cadre d'un contact face à face. Des protocoles médicaux permettent de guider et de soutenir l'infirmière durant ce processus au cours duquel un plan de soins est établi et implanté en collaboration avec le client. Les résultats recherchés sont évalués avant la fin de l'appel. Selon les besoins du client, l'infirmière assure une variété d'interventions dont : une évaluation, de l'enseignement, de l'information, du *counseling*, un guide dans le système de santé, de la référence et plusieurs autres services.

D'après les résultats d'une recherche menée à Stockholm (Suède) en 1997, la moitié des consultations auprès d'infirmières affectées aux lignes téléphoniques se sont conclues par des conseils de santé alors que le quart ont porté sur des

demandes d'information de tout genre (numéro de téléphone d'une ressource, questions sur la médication, etc.) (Wahlberg et Wredling, 1999). Les résultats de l'étude de Timpka et Arborélius (1990) suggèrent également que les infirmières intervenant en première ligne auraient plus tendance à offrir de l'information que du soutien ou du *counseling* et qu'elles seraient également davantage centrées sur les aspects médicaux des problèmes soulevés par les usagers que sur leurs préoccupations ou inquiétudes. Huber et Blanchfield (1999) se sont particulièrement intéressés à identifier les dimensions du rôle de l'infirmière durant les interactions téléphoniques. Partant des travaux de la NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), cette recherche visait à identifier les diagnostics infirmiers les plus souvent retenus lors des interactions, les interventions réalisées et le temps du contact téléphonique. Les résultats indiquent que plus de la moitié des contacts en pédiatrie ne réfèrent à aucun diagnostic infirmier. Pour les soins aux adultes, les diagnostics infirmiers les plus fréquemment retenus concernaient l'altération du maintien de la santé, la douleur et des déficits de la connaissance au plan de la médication. Quant aux interventions, elles concernaient surtout des conseils dans l'utilisation des ressources de santé et la gestion de la médication. Près du quart des interventions visaient l'offre de soutien émotionnel. La moitié des interventions duraient moins de cinq minutes et 6 %, plus de 20 minutes. En conclusion de cette étude, les auteurs recommandent que les études ultérieures cernent mieux l'étendue des interventions téléphoniques infirmières et leur impact auprès des usagers.

L'aide téléphonique représente une forme d'intervention qui comporte plusieurs avantages qui la distinguent d'une thérapie habituelle en *face-à-face* (Rosenbaum & Calhoun, 1977). La première est le contrôle laissé au client. En effet, ce dernier peut cesser la relation sur-le-champ au moment même où il le désire. Le caractère anonyme du contact par l'intermédiaire d'une ligne téléphonique est également considéré comme un avantage important par les usagers, notamment dans les cas impliquant l'abus de substances, des problèmes sexuels, des problèmes légaux ou autres. L'anonymat procure ainsi une plus grande liberté d'expression au client (Dupin de Saint-Cyr, 1985). Bien que la plupart des services téléphoniques ont des moyens pour connaître l'endroit d'où la personne appelle, cette dernière a le droit d'exiger de ne pas être rappelée. Un troisième avantage concerne la disponibilité de l'appareil téléphonique le plus proche; à notre époque où le téléphone cellulaire devient de plus en plus répandu, cette caractéristique joue un rôle de premier plan. Ainsi, en situation de crise, une aide est disponible à l'endroit désiré par le client, qui n'a pas à se déplacer. Enfin, l'anonymat de l'infirmière représente un autre avantage, puisque cette dernière est toujours en sécurité face à un client qui pourrait se montrer agressif ou un autre qui ferait des appels obscènes (Rosenbaum & Calhoun, 1977). Par contre, malgré ces avantages, il est évident qu'un appel téléphonique se limite à ce que la personne dit et que l'infirmière ne possède pas les indices visuels ou non verbaux nécessaires pour raffiner son jugement clinique et juger de la situation.

Les recherches évaluatives

Malgré la popularité croissante de la télépratique, il faut reconnaître que nous détenons encore peu de connaissance sur les raisons de son succès. Peu d'études ont porté sur l'évaluation de services téléphoniques mis sur pied par des infirmières. L'une des premières recherches réalisées sur cette pratique (Kristine, 1972) recommandait que les infirmières soient plus vigilantes à préciser les objectifs de soins poursuivis, leurs interventions et les résultats recherchés. Ces recommandations ont eu peu d'écho chez les cliniciens et peu de chercheurs se sont intéressés à mieux décrire les activités de l'infirmière, la spécificité des interventions et à évaluer les résultats de l'intervention téléphonique. Comme le constate Lafrenière (1996), l'état des connaissances dans ce domaine a peu évolué et les écrits sont en général anecdotiques et vagues quant à la description des interventions infirmières, leurs processus et leurs retombées. Comme le soulignaient plus récemment certains auteurs (Mayo *et al.*, 2002; Valanis, 2003), les publications sur cette pratique se sont surtout limitées à la description des appels et aux questions entourant les protocoles et les conseils légaux.

Selon Rosenbaum & Calhoun (1977), l'évaluation de services téléphoniques se butte à plusieurs types de problèmes. Premièrement, il y a lieu de se demander comment évaluer l'efficacité du service ? En effet, il se peut que l'infirmière réfère la personne atteinte d'un trouble mental à un service et que ce dernier ait joué un rôle important dans la conclusion du problème. Dans un tel cas, on peut considérer le fait de se présenter ou non au service recommandé comme un critère d'efficacité. Toutefois, il est possible, pour diverses raisons difficiles à évaluer, que la personne ait décidé de ne pas suivre l'avis de l'infirmière. De plus, la situation de crise peut se résorber d'elle-même. La crise étant un état dynamique impliquant des déterminants internes et externes (état mental de la personne, personnalité, habiletés à faire face aux situations, etc.), un changement dans une ou l'autre de ces variables peut diminuer ou cesser l'état de crise. L'individu fait alors lui-même les efforts nécessaires à la résolution de la crise et il est alors difficile de déterminer si l'impact provient ou non de l'aide reçue du service téléphonique.

Il est aussi possible d'utiliser des indicateurs indirects d'efficacité. Par exemple, une ligne dédiée à la prévention du suicide peut se baser sur le taux de suicide pour démontrer son efficacité. Or, l'utilisation de telles mesures peut conduire à des résultats difficiles à interpréter compte tenu de la présence de nombreuses autres variables confondantes. Certains services utilisent le nombre d'appels reçus comme indice de leur importance. Cependant, ce nombre doit être mis en relation avec le nombre de personnes de la communauté et le nombre de personnes dans le besoin. On peut aussi se demander si le service rejoint sa population-cible. Par exemple, une ligne visant la prévention du suicide, reçoit-elle exclusivement des appels en lien avec sa mission? Enfin, il faut évaluer l'efficacité technique et clinique. Ainsi, Fowler et McGee (1973) considèrent que l'efficacité technique doit inclure trois activités : 1) sécuriser la communication, c'est-à-dire être suffisamment emphatique et chaleureux afin d'empêcher la personne de raccrocher; 2) évaluer la condition de la personne qui appelle et la létalité possible de la situation et 3) formuler un plan d'action avec la personne. L'efficacité clinique, comme toute activité thérapeutique, est plus difficile à mesurer (Lester, 1973). L'évaluation de ce type d'efficacité s'avère en effet limitée par plusieurs facteurs tels : le fait de ne pas voir la personne, le fait que la personne puisse ne pas tout dire ou ne pas décrire tous les éléments de la situation, le fait d'appeler pour une autre personne, etc. (McLean, 1998).

Une méta-analyse des travaux de recherche portant sur la télépratique publiée en 2003 (Omery) permet de porter un regard d'ensemble sur les thèmes de recherche davantage développés autour de cette pratique et sur l'état des connaissances à ce jour. Une revue de littérature systématique des nombreuses publications ($n=527$) et de recherches (48) sur le thème de la télépratique a permis à l'auteure de cette méta-analyse de relever huit thèmes ou angles de recherche privilégiés par les chercheurs. Ces angles de recherche sont : 1) les caractéristiques entourant la prestation/continuité du service, 2) la justesse des conseils apportés, 3) la satisfaction des usagers quant au service reçu, 4) les actions posées par l'utilisateur suite à l'appel, 5) la raison des appels, 6) le processus de prise de décision des intervenants, 7) l'analyse des coûts et, finalement, 8) les outils et documentations utilisés par les intervenants. Même si la diversité des méthodologies utilisées dans ces publications — surtout descriptives — et l'utilisation de petits échantillons rendent difficiles la généralisation des résultats, l'auteure identifie toutefois quelques tendances intéressantes :

- La majorité des études ont conclu que le téléphone représentait une stratégie viable pour faire de l'éducation et des interventions psychosociales auprès de populations atteintes de maladies chroniques.
- Les conseils donnés par les infirmières sont généralement appropriés, mais il existe une grande variation entre les études quant au degré de justesse des conseils. De plus, il semble que l'utilisation ou la disponibilité de protocoles ne soient pas garantes de la justesse des conseils, ni de la qualité de l'intervention.
- La satisfaction exprimée par les usagers est très élevée, soit presque toujours de plus de 80 %.
- La principale raison des appels concerne les conseils d'auto-prise en charge de sa santé (*self-care*).

Selon Omery (2003), la priorité pour les recherches à venir devrait être donnée aux études qui se proposent de rendre compte de la nature des interventions infirmières effectuées par l'intermédiaire des lignes téléphoniques. La satisfaction des usagers ne fait aucun doute, mais il serait intéressant, selon cet auteur, de mieux saisir ce qui contribue à un taux de satisfaction aussi élevé. De plus, la pratique infirmière par l'intermédiaire d'une ligne téléphonique représente un défi de taille pour les infirmières y travaillant. Il faut mieux identifier à quels défis particuliers elles doivent faire face, comment elles vivent cette expérience particulière et où elles puisent les aptitudes nécessaires. D'après Holmström et Dall'Alba (2002), il semble que peu d'études se soient attardées à rendre compte de l'expérience des infirmiers(ères) qui font de la consultation téléphonique et à rapporter leurs perceptions sur leurs pratiques.

À cet égard, une analyse de type phénoménologique (Holmström et Dall'Alba, 2002) réalisée à l'aide de cinq entrevues en profondeur suggère que l'expérience des infirmiers(ères) effectuant de la consultation téléphonique se caractérise par des demandes conflictuelles. En effet, elles se disent être constamment déchirées entre les besoins des usagers (besoin de temps pour se faire comprendre et d'écoute) et ceux du système de santé (efficacité et manque de ressources), entre le désir de faire de l'éducation et la peur de mal interpréter les besoins, entre la gratification d'aider son prochain et la confrontation des usagers insatisfaits des conseils prodigués ou du système de santé en général. Le sentiment conflictuel entre un idéal de soin à prodiguer et le manque de ressources disponibles représente une source de stress importante chez les infirmières rencontrées dans le cadre de cette enquête. Par ailleurs, une enquête réalisée par Wahlberg *et al.* (2003) a permis d'identifier les dix principales difficultés rapportées par un échantillon de vingt-quatre (24) infirmiers(ères) offrant un service de soutien téléphonique. Parmi les difficultés identifiées, deux étaient de type organisationnel (le manque de ressources disponibles et le stress engendré par l'attente des usagers), trois provenaient directement des particularités ou

réactions des usagers (confrontation à une culture et une langue différentes, sous ou sur évaluation des usagers de la gravité de leurs problèmes, difficulté à convaincre les usagers de ne pas aller consulter lorsque cela ne s'avérerait pas nécessaire). Enfin, cinq difficultés étaient associées aux actions des infirmières elles-mêmes : manque de contact visuel avec l'utilisateur, difficulté à prendre une décision adéquate suite à la description des symptômes, difficulté de percevoir et d'interpréter le non-dit, difficulté à poser les bonnes questions et difficulté à faire une consultation par l'intermédiaire d'une tierce personne. Toutes catégories confondues, cette étude qualitative révèle que l'absence de contact visuel avec les usagers de même que le manque de ressources disponibles constituent les deux éléments les plus problématiques pour les infirmiers(ères) qui font de la télépratique. Ainsi, la sensibilité, la capacité de lire entre les lignes et de saisir le non-dit sont des qualités essentielles chez les infirmières effectuant de la consultation téléphonique. Selon les infirmières interrogées dans le cadre de l'étude menée par Holmström et Dall'Alba (2002), ces aptitudes s'acquerraient uniquement par l'expérience. Par contre, selon les conclusions de Wahlberg *et al.* (2003), la formation constituerait un élément important susceptible d'aider les infirmières à développer les aptitudes nécessaires dans un nouveau contexte de travail.

La télépratique au Québec : Une pratique encore peu évaluée

Au Québec, les recherches évaluative sur la télépratique sont quasi-inexistantes. Une revue approfondie des écrits a permis de retracer une seule étude de type évaluative sur cette pratique. Cette étude, relativement récente, a évalué la satisfaction des usagers de la ligne Info-Santé en CLSC (Hagan & Garon, 1998). Les résultats de cette étude rapportent que les usagers démontrent un taux de satisfaction élevé pour la majorité des indicateurs utilisés. De plus, 94 % des usagers ont affirmé qu'Info-Santé les a motivés à faire de l'auto-prise en charge et 86 % des usagers n'ont pas eu besoin de consulter d'autres ressources pour leur problème. Les résultats de cette étude démontrent que tous les aspects reliés à la relation interpersonnelle avec l'infirmière (exemples : disponibilité, courtoisie, respect, empathie) obtiennent un haut taux de satisfaction, à l'exception du délai d'attente. La satisfaction exprimée quant au traitement de l'appel est également élevée, notamment en ce qui concerne la compréhension de l'information et des conseils. Dans cette dimension, seule la cohérence des informations reçues indique une satisfaction moindre. Enfin, il semble également que ce service permette une économie annuelle estimée à près de deux millions de dollars puisque 76 % des usagers interrogés auraient eu recours à une autre ressource médicale pour résoudre leur problème.

Aucune recherche de type évaluative portant sur la télépratique infirmière en santé mentale n'a encore été conduite au Québec. La nature des interventions menées par les infirmières qui y travaillent de même que le regard qu'elles posent sur leur pratique demeurent à ce jour inexplorés. En ce sens, la présente recherche constitue une première étape visant à mieux comprendre comment des infirmières peuvent assurer une réponse de qualité aux besoins d'information et de référence en santé mentale.

3. Développement et implantation du service téléphonique

C'est devant l'accroissement des demandes venant du public et des divers intervenants se manifestant, entre autres, par de multiples appels téléphoniques au Service de psychiatrie des urgences et aux infirmières des différentes unités de traitement intensif et des cliniques de secteurs de l'Hôpital Louis-H Lafontaine, qu'est venue l'idée, au cours de l'année 1996, de mettre sur pied un service d'aide téléphonique structuré et professionnel d'information et de référence en santé mentale. D'ailleurs au forum de mai 1996, les infirmières de l'Hôpital se prononçaient en faveur des principes énoncés face à ses orientations futures et proposaient notamment : 1) de mettre sur pied un service téléphonique d'information et de référence en santé mentale; 2) de faciliter le partage d'expertise entre infirmières et 3) d'accroître la présence infirmière dans la communauté. Ce projet a débuté suite à l'initiative de madame Denise Grégoire, infirmière clinicienne spécialisée qui, en collaboration avec le CII de l'Hôpital, a su rassembler trois groupes de travail. Ces groupes totalisent une trentaine d'infirmières sous la supervision d'un comité, également composé d'infirmières, afin de préciser les besoins, les objectifs et de développer les outils nécessaires à l'implantation de ce service téléphonique « Information et référence en santé mentale ». Dans un premier temps, une étude de besoins a été réalisée en inventoriant les différentes catégories d'appels, selon différents secteurs, afin d'identifier les types de demandes d'information reçues par les infirmières du milieu, préciser les objectifs et préparer les outils de soins en conséquence. Lors de cette étude de besoins, les infirmières ont également pris connaissance des écrits et consulté les groupes d'entraide de parents, le Comité des usagers de l'Hôpital, les lignes d'écoute téléphonique, le service Info-Santé et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Les objectifs retenus par le service sont : 1) répondre rapidement aux besoins d'information et de référence concernant les diverses problématiques de santé mentale; 2) favoriser l'auto-prise en charge de la personne en matière de santé; 3) maximiser l'utilisation des ressources individuelles, familiales et environnementales et 4) diriger, dans les plus brefs délais, les personnes vers des ressources appropriées dans leur secteur respectif.

Dans un deuxième temps, trois catégories d'outils ont été préparées par les différents groupes de travail. Le premier outil, un guide de référence des situations de santé, inspiré des catégories de la NANDA, a été conçu par un groupe composé de sept (7) infirmières. Ce groupe a identifié au total trente-huit (38) situations de santé pour lesquelles un procédé d'intervention a été élaboré sous la forme d'un protocole de soins. Le second outil, un guide de référence sur la médication psychiatrique, a été élaboré en collaboration de deux infirmières du module de psycho-pharmacologie du Centre de recherche Fernand-Seguin. Et, le troisième outil, un répertoire des ressources du secteur, fut conçu par un groupe de travail composé de quinze (15) infirmières des cliniques externes. Pour se faire, elles ont travaillé à inventorier les différentes ressources de sept secteurs. Par la suite, le répertoire fut informatisé avec la collaboration du Service de développement et de formation et du Service des ressources informationnelles et de la Direction des services de réadaptation. Une fiche d'appels téléphoniques a aussi été élaborée par les infirmières, après avoir consulté au préalable le matériel utilisé dans les différents CLSC et services Info-Santé et ce, afin de collecter judicieusement les données se rapportant à l'utilisateur.

À la fin de l'année 1997, une fois le matériel nécessaire à la création de ce service finalisé, il ne restait qu'à trouver un endroit pour l'instaurer et convenir des différentes modalités entourant la création et la gestion d'un tel service. En novembre 1997, le projet a pu devenir réalité grâce à un partenariat entre le CII, la Direction des soins infirmiers (DSI) et la Direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) de l'Hôpital. En effet, il fut convenu, à ce moment, en raison de divers facteurs organisationnels et contextuels, d'instaurer le service téléphonique dans une ressource en développement de la DSRHC, soit, celle de L'Appoint et de mandater la responsable clinique de cette ressource pour la mise en place et la coordination du service. Le service fut mis en place le 6 avril 1998 et se voulait, à l'origine, un service d'accueil, d'information et de référence aux personnes souffrant de troubles mentaux ou à leurs proches ainsi qu'aux intervenants dans la communauté (CLSC, omnipraticiens, psychologues, policiers, etc.). Au départ, on avait prévu que le service s'adresse à la clientèle des ressources gérées ou affiliées à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine dont, à titre d'exemples, les résidences d'accueil, les ressources de type pavillonnaire, les résidences de groupe, les appartements supervisés et regroupés, les maisons de chambre, etc. Les usagers, les responsables ou intervenants de ressources, les intervenants de diverses équipes traitantes, du service de psychiatrie des urgences, du centre de crise l'Entremise, de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, de l'Institut Philippe-Pinel et de l'Hôpital Rivière-des-Prairies étaient également considérés comme des usagers potentiels du service téléphonique.

Dans les semaines précédant l'ouverture du service, les infirmières rencontrées ont participé à une formation de dix jours, dispensée par l'infirmière clinicienne spécialisée à l'origine du projet; la responsable clinique de la ressource; une avocate pour l'examen des aspects juridiques; une technicienne en informatique pour apprendre à utiliser le répertoire informatisé des ressources; une assistante de l'urgence pour l'intervention auprès des personnes suicidaires et enfin, par divers responsables des ressources de la DSRHC. Le but général de cette formation consistait à améliorer chez les infirmières du service téléphonique les connaissances et les habiletés requises afin de répondre adéquatement aux besoins d'information et de référence auprès de la clientèle desservie. La forme de la formation comprenait, entre autres, des exposés théoriques, des plénières, des vidéos, des exercices pratiques, tels que les jeux de rôles et de la lecture. Les objectifs spécifiques de cette formation visaient à : 1) situer la contribution de l'infirmière au service téléphonique; 2) se familiariser avec une partie du réseau de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine; 3) distinguer les principaux médicaments utilisés en psychiatrie, leurs effets et les protocoles de suivi; 4) préciser des stratégies d'intervention des différentes situations de santé et de dépistage des situations à risque; 5) connaître les différents programmes de soins infirmiers; 6) utiliser des techniques d'écoute et d'entrevues appropriées; connaître les responsabilités légales de l'infirmière dans le cadre d'une intervention téléphonique; 7) apprendre à utiliser efficacement le répertoire des ressources informatisé sur base ACCESS et, 8) situer le rôle du service téléphonique concernant les différents acteurs et apprendre à utiliser adéquatement la fiche d'appel.

4. Méthodologie

4.1 Devis et description du milieu de recherche

Ce projet repose sur un devis descriptif évaluatif alliant une approche quantitative et qualitative.

Cette étude s'est déroulée à partir de l'Appoint, d'où opère le service téléphonique, ressource partenaire de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, desservant un bassin de population de 300 000 habitants et en lien avec les CLSC. L'Appoint ouvrait ses portes en 1998 dans le cadre d'un projet pilote et ce, dans une perspective d'expérimentation d'un réseau intégré de services de crise pour la sous-région est de Montréal. L'Appoint se voulait avant tout un service complémentaire aux services existants à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et, tout particulièrement, au Service de psychiatrie des urgences en étant, entre autres, une alternative à l'hospitalisation. Son rôle consiste à assister les équipes traitantes et autres services dans la visée d'apporter une réponse satisfaisante aux besoins d'une clientèle présentant des problèmes psychiatriques. Selon les données disponibles en 2000, le service téléphonique, localisé dans une pièce de l'Appoint, répond en moyenne à 420 appels par mois et le centre héberge 45 personnes mensuellement pour une durée moyenne de 3 à 5 jours.

4.2 Outils de collecte des données

Trois sources de données ont été utilisées afin de répondre aux différentes questions de recherche, soit: 1) la collecte d'information provenant des fiches d'appels téléphoniques standardisées, 2) l'administration d'un questionnaire évaluant la satisfaction des usagers et, 3) la tenue d'entrevues auprès des infirmiers(ères) réguliers(ères) du service téléphonique.

4.2.1 Les fiches d'appels standardisées

Préalablement au déroulement de l'enquête, une fiche d'appel était déjà utilisée par les infirmières du service téléphonique. Pour les fins de la recherche, cette fiche (appendice 1) a cependant été adaptée pour être en mesure de mieux documenter le type de demandes acheminées par les usagers, les facteurs de risque (présents, passés), la nature des problèmes de soins (diagnostic infirmier), le(s) type(s) d'intervention(s) réalisée(s) par les intervenants (enseignement, information, recadrage, soutien, écoute, résolution de problèmes, référence et autre), l'évaluation de la perception de l'intervenant quant à l'efficacité de son intervention téléphonique et la durée de l'intervention. Une case a également été ajoutée pour la relance téléphonique et ce, afin que l'intervenant demande à l'utilisateur s'il acceptait ou non d'être rappelé pour la présente recherche.

La compréhension et l'utilisation uniformes des termes utilisés dans les fiches d'appel, pour la section Intervention, étaient essentielles pour la réussite de cette recherche. Afin d'assurer cette uniformité, un lexique a été développé au préalable. Ce lexique (appendice 2) précise à l'aide d'une courte définition et d'exemples, les termes utilisés pour définir l'intervention réalisée par l'infirmière (enseignement, information, recadrage, soutien, écoute,

résolution de problèmes, référence). Afin d'assurer l'utilisation adéquate de la fiche d'appel, tous les intervenants du service téléphonique ont été rencontrés par la coordonnatrice de recherche qui leur a présenté et distribué des copies de la fiche d'appel modifiée ainsi que du lexique l'accompagnant. La standardisation des fiches d'appels a permis aux chercheurs d'obtenir, d'une façon efficace et cohérente, l'ensemble de l'information nécessaire pour répondre aux questions de recherche. Les fiches standardisées ont également facilité le traitement informatisé des données recueillies pour chacun des appels acheminés au service.

4.2.2 Le questionnaire de satisfaction

Une version du questionnaire utilisé dans l'étude d'Hagan et Garon (1998) sur les services Info-Santé en CLSC a été adaptée pour prendre en compte le contexte spécifique de la présente étude et permettre d'évaluer trois dimensions de la satisfaction, soit : 1) la relation interpersonnelle entre l'utilisateur et l'infirmière; 2) la qualité du processus de traitement d'appel et 3) la satisfaction générale à l'égard du service. Ce questionnaire (appendice 3) comportait cinquante questions fermées et une question ouverte visant à recueillir des commentaires généraux. Les aspects suivants ont été abordés au cours des quarante-trois premières questions: consultation antérieure à l'appel, raisons de l'appel, accessibilité du service, relation avec l'intervenant (sa compréhension de la langue, la clarté de ses informations, son attitude, la perception de la qualité de son intervention, etc.), satisfaction quant au service reçu (enseignement, efficacité de l'intervention, utilité de l'appel, soutien, écoute, etc.), suivi des recommandations faites par l'intervenant, type de consultation qui aurait été privilégié si ce service n'avait pas existé, habitude d'utilisation du service et, intention de faire à nouveau appel au service le cas échéant. Les sept dernières questions du questionnaire visaient à recueillir des données socio-économiques afin de tracer un profil des usagers. À cet égard, des questions ont été posées à savoir si l'utilisateur habite seul ou avec des personnes, la langue parlée à la maison, le niveau de scolarité, la catégorie d'âge, la situation d'emploi et la catégorie du revenu familial.

4.2.3 Les entrevues semi-structurées

Toutes les infirmières régulières impliquées au service téléphonique ont été invitées à participer à des entrevues individuelles de type semi-structurées. La grille d'entrevue élaborée était composée de vingt-sept questions ouvertes (appendice 4). L'objectif de ces entrevues était d'approfondir les questions entourant la nature des interventions, les facteurs liés à la perception de l'efficacité, les besoins en regard de la formation et de l'utilité perçue des outils de soins disponibles. Dans le cadre de ces entrevues, les infirmières ont été appelées à élaborer, entre autres, sur les appels reçus qui ont représenté, pour elles, un défi particulier de même que ceux pour qui il a été plus facile de répondre. Ces questions ont, entre autres, permis d'identifier les types de savoir (savoir, savoir-être et savoir-faire) ou d'expertises nécessaires aux infirmières de même que l'utilité et la pertinence des trois principaux outils d'intervention élaborés à l'origine du projet ainsi que de la fiche d'appel.

4.3 Déroulement de l'étude

4.3.1 Les considérations éthiques

Les autorisations du comité de recherche et du comité d'éthique du Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine ont été obtenues (appendice 5) pour l'étude. Un formulaire de consentement respectant les règles a été présenté aux infirmières, les assurant de la confidentialité des données et du droit de refuser de participer à l'étude ou de se retirer sans préjudice (appendice 6). Pour ce qui est du consentement des usagers, le contexte de réalisation de l'étude (enquête téléphonique) nous limitait à demander un consentement verbal à l'utilisateur, au moment de son appel, afin que l'agente de recherche puisse le contacter pour obtenir sa participation à l'étude. À cette fin, les intervenants du service téléphonique devaient, à la demande de l'équipe de recherche, obtenir l'autorisation de l'utilisateur et l'informer sur l'étude par le biais de la question suivante : « Si vous acceptez, d'ici trois à quatre jours, une infirmière qui souhaite évaluer votre satisfaction par rapport au service que vous venez d'utiliser, pourrait vous rappeler. Cet appel effectué dans le cadre d'une recherche est confidentiel et dure en moyenne une quinzaine de minutes. En acceptant d'être rappelé, vous permettez à des professionnels d'améliorer l'aide offerte aux personnes qui, comme vous, ont recours aux services d'une ligne téléphonique. Acceptez-vous d'être rappelé pour la recherche ? ».

4.3.2 Les rencontres préparatoires et développement des outils de collecte de données

Plusieurs étapes ont précédé la collecte de données. Tout d'abord, une première rencontre a eu lieu le 4 avril 2001 à la demande des chercheurs. Étaient convoqués à cette rencontre, les principaux gestionnaires en lien avec la ressource l'Appoint, le président et la vice-présidente du CII, la directrice des soins infirmiers, les chercheurs et la coordonnatrice de recherche. Un document de deux pages résumant les grandes lignes du projet de recherche (but, questions, méthode, retombées, organisme subventionnaire, etc.) fut joint à l'avis de convocation. La rencontre a permis aux chercheurs de présenter, aux personnes présentes, le projet de recherche dans son ensemble, de répondre à leurs interrogations et de convenir des modalités et des procédures pour rencontrer les intervenants de l'Appoint.

Au début mai 2001, suite à l'autorisation du directeur des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté, responsable de l'Appoint, la coordonnatrice de recherche a rencontré la responsable clinique de la ressource l'Appoint accompagnée d'un infirmier travaillant à temps complet au service téléphonique. Cette rencontre avait pour objectifs de: présenter le projet de recherche, répondre aux questions de la responsable clinique, convenir de modalités pour rencontrer les intervenants de l'Appoint impliqués dans le service téléphonique et adapter la fiche d'appel utilisée aux besoins de la recherche. Comme la responsable clinique envisageait de réviser la fiche d'appel et ce, indépendamment du projet de recherche en cours, la responsable clinique et l'infirmier ont exprimé à la coordonnatrice de recherche les modifications qu'ils souhaitaient éventuellement apporter. La coordonnatrice de recherche a proposé d'apporter les changements souhaités et de leur faire parvenir une proposition de version adaptée de la fiche d'appel. Les changements envisagés par la responsable clinique permettaient à l'équipe de recherche de recueillir la très grande majorité des données nécessaires à la présente étude, la coordonnatrice de recherche n'a eu, outre les changements proposés par la responsable, qu'à ajouter à la fiche une section recherche comportant deux questions, à savoir: l'usager accepte d'être rappelé pour la recherche (oui ou non) et l'intervenant perçoit que son intervention téléphonique a été aidante (oui, non, partiellement).

Cette rencontre entre la responsable clinique et la coordonnatrice de recherche a notamment permis de porter à l'attention des chercheurs certaines données nécessitant des ajustements à l'étude et à son déroulement. Depuis le début de la conception et de l'implantation du projet, divers changements, plus particulièrement au plan de l'organisation du travail, semblaient s'être effectués. Parmi les plus significatifs pour l'étude, soulignons le fait que les infirmières n'étaient plus les seules à répondre au service téléphonique. En effet, plusieurs facteurs organisationnels et contextuels avaient fait en sorte que, dans la pratique, des éducateurs spécialisés ou d'autres intervenants répondaient également au service téléphonique. La nuit, un éducateur spécialisé puis, ensuite, une infirmière auxiliaire était responsable de répondre aux appels, l'Appoint ne disposant pas d'infirmière de nuit. De plus, nous apprenions que les intervenants du service téléphonique avaient pour pratique de remplir des fiches d'appels pour la majorité des appels, mais pas pour tous les appels reçus. Par exemple, on ne remplissait pas de fiche d'appel lorsque des intervenants ou autres professionnels contactaient le service téléphonique pour obtenir des références. Il en était de même pour les usagers refusant de s'identifier et pour les usagers dits « répétitifs » du service. Les intervenants du service prenaient plutôt, pour ces types d'appels, des notes dans un cahier de bord.

À la demande de la responsable clinique de l'Appoint, la collecte de données fut reportée à l'automne 2001 pour ne pas chevaucher la période estivale caractérisée par plusieurs congés et remplacements de personnel. Au cours de l'été 2001, la coordonnatrice de recherche a apporté les modifications convenues à la fiche d'appel et adaptée celle-ci aux fins de la recherche et également aux besoins du service. La fiche d'appel fut proposée à la responsable clinique puis, acceptée sans modification de contenu. Pour s'assurer de la constance des termes utilisés pour les interventions (enseignement, information, recadrage, écoute, soutien, résolution de problèmes, référence) et de la compréhension commune de ceux-ci par les divers intervenants, un lexique de deux pages fut développé. Le lexique incluait, à partir des informations obtenues, et après une entente entre la responsable clinique de l'Appoint et l'équipe de recherche, la procédure à suivre pour remplir les fiches d'appel lors de la période de l'étude. Il a été également convenu que, le temps de la recherche, les intervenants du service téléphonique remplissent une fiche d'appel pour tous les appels, incluant les appels anonymes, les appels pour obtenir une référence, les appels de professionnels ou de responsables de famille d'accueil ou de ressources. Pour les appels répétitifs en provenance d'un même usager, il a été entendu que les intervenants remplissent une seule fiche d'appel par quart de travail en précisant toutefois sur la même fiche le nombre d'appels reçus. Dans le cas où les situations de santé et/ou les interventions des intervenants différaient d'un appel à l'autre, lors des appels répétitifs d'un même usager, les inter-

venants devaient l'indiquer et le détailler dans les sections appropriées de la fiche et joindre au besoin, d'autres fiches comportant ces sections avec le détail. Le lexique fut soumis à la responsable clinique et accepté.

Pour diverses raisons, dont le fait qu'il s'agissait, au départ, d'un projet de recherche en soins infirmiers, les chercheurs ont choisi d'effectuer des entrevues uniquement auprès des infirmières régulières (titulaires de poste ou en remplacement à long terme) du service, c'est-à-dire celles dont la fonction première du travail devait consister à répondre au service téléphonique. Au total, quatre infirmières ont été rencontrées en entrevue, entre le 2 et le 7 août 2001. Deux des infirmières étaient employées à temps complet et deux à temps partiel. Parmi ces infirmières, trois travaillaient au service depuis plus de trois ans et une depuis plus d'un an. Le nombre d'années d'expérience en santé mentale cumulé par les infirmières interrogées allait de 4 à 20 ans. Le niveau de scolarité complété était également bien représenté; la moitié avait poursuivi des études universitaires et l'autre, non. Les entrevues ont duré, en moyenne, 75 minutes. Toutes les entrevues ont été enregistrées sur bande audio, retranscrites intégralement et la confidentialité des répondants a été assurée tout au long de la recherche.

Au mois de septembre, deux rencontres eurent lieu afin de permettre aux chercheurs et à la coordonnatrice de recherche de rencontrer tous les intervenants (infirmières, ergothérapeute, éducateurs spécialisés) travaillant de jour, de soir et de nuit qui répondaient au service téléphonique. Cette rencontre avait pour objectifs de : 1) présenter les membres de l'équipe de recherche; 2) exposer les objectifs et le contexte de la recherche; 3) présenter et examiner la fiche d'appel adaptée; 4) expliquer le lexique et la section liée à l'intervention de la fiche d'appel; 5) présenter les modalités entourant la collecte de données et 6) répondre aux questions des intervenants. Tous les intervenants (5) qui n'avaient pu assister à l'une ou l'autre de ces rencontres, ont été rencontrés individuellement par la coordonnatrice de recherche au cours de cette même période. En ce qui a trait aux modalités entourant la collecte de données, tel que convenu au préalable avec la responsable clinique, les intervenants furent informés verbalement et par écrit (au sein du lexique) des procédures pour remplir les fiches d'appels et de la formulation à utiliser pour inviter les usagers du service à participer à la recherche. Aussi, lors de ces rencontres, les intervenants ont été informés que le pré-test se déroulait du 1^{er} au 15 octobre et qu'une agente de recherche passerait recueillir des copies des fiches d'appels tous les lundis et jeudis afin de permettre de rappeler les usagers dans les 3-4 jours suivants leur appel au service téléphonique.

4.3.3 Le pré-test

Pour évaluer la satisfaction des usagers par le biais du questionnaire de satisfaction adapté, nous avons procédé, tel que prévu, à un pré-test entre le 1^{er} et 15 octobre 2001. Le questionnaire de satisfaction, suite au pré-test, a nécessité deux modifications mineures. Afin d'obtenir un sous échantillon représentatif proportionnel au nombre d'appels reçus, l'agente de recherche, après avoir recueilli les fiches au service et s'être assurée qu'elles étaient en ordre chronologique (selon la date et l'heure de l'appel), sélectionnait la quatrième fiche et rappelait l'utilisateur inscrit sur la fiche à l'intérieur des trois à quatre jours suivant l'appel au service pour l'inviter à répondre au questionnaire prévu à cet effet. Dans le cas où l'utilisateur de la quatrième fiche s'avérait un usager anonyme, elle passait à la fiche suivante et ainsi de suite jusqu'à ce qu'elle puisse rappeler pour une entrevue l'utilisateur de la prochaine fiche. Ensuite, elle comptait de nouveau les fiches pour rappeler l'utilisateur de la quatrième fiche.

Le pré-test s'est effectué sur une période de douze jours. Le traitement et l'analyse des quatre-vingt quinze (95) fiches d'appels obtenues au cours de cette période nous ont permis de constater que le service recevait en moyenne huit appels par 24 heures, soit en moyenne deux appels de nuit, deux appels de jour et trois à quatre appels de soir. Huit pour cent (8 %) des appels provenaient de professionnels de la santé, 2 % des appels avaient été effectués par des responsables de résidence d'accueil, au moins 33 % des appels provenaient de neuf usagers répétitifs du service et 18 % des appels avaient été effectués par des usagers hors-secteur. La durée des appels variait entre une et cinquante minutes, pour une moyenne de quinze minutes par appel. Concernant l'une des deux questions ajoutées à la fiche pour le volet recherche, plus précisément celle où l'intervenant demande à l'utilisateur s'il accepte d'être rappelé pour la recherche, sur 95 fiches, on retrouvait 36 % refus, 19 % fiches où cette question avait été laissée sans réponse par l'intervenant et 45 % de réponses positives. Sur ces 95 appels téléphoniques, 63 % des usagers s'étaient adressés, au moment de leur appel au service, à une infirmière et 37 % à un(e) éducateur(trice) spécialisé(e).

La période de pré-test nous a également permis de constater, qu'il s'avérait inutile de poser les questions d'ordre socio-économique aux usagers du service qui étaient des professionnels de la santé, des partenaires ou des intervenants liés au réseau de la santé lors de l'administration du questionnaire par le biais de l'entrevue téléphonique.

Certaines difficultés mineures entourant la collecte des fiches (délai dans la transmission), la façon dont elles étaient remplies par les intervenants du service téléphonique, notamment les oublis dans la section de recherche lors de la période de pré-test, ont rendu nécessaire une nouvelle rencontre entre la coordonnatrice de recherche et la responsable clinique. Le 22 octobre 2001, ces dernières se sont rencontrées pour procéder aux ajustements nécessaires au bon déroulement de la recherche et aussi au bon fonctionnement du service. La coordonnatrice de recherche a convenu de certaines modalités avec la responsable pour faciliter le fonctionnement, tout en rappelant l'importance que la section recherche soit bien remplie par les intervenants et que l'agente de recherche puisse obtenir les fiches dans les délais prévus lorsqu'elle se présentait à la ressource deux fois par semaine.

4.3.4 La collecte des données

La phase suivante de la recherche a été consacrée à la collecte des données qui s'est déroulée entre octobre 2001 et janvier 2002. Au cours de cette période, nous avons effectué la saisie de l'information contenue sur les fiches d'appel ($n=627$), procédé à la sélection aléatoire des fiches d'appels, selon la méthode décrite au pré-test, en vue de rejoindre les usagers et d'évaluer leur satisfaction face au service. Ainsi, nous avons procédé à l'administration des questionnaires sur la satisfaction auprès des 152 usagers sélectionnés. Finalement, à partir de mars 2002, nous avons procédé à la dernière phase de l'étude, soit la phase d'analyse des données et de rédaction du rapport de recherche.

4.4 Méthode d'analyse des données

L'analyse des données quantitatives a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 9.0 pour Windows et Excel 2000. Les données ont été vérifiées et des regroupements de catégories ont été effectués. Compte tenu du type de données recueillies, les analyses sont principalement de nature descriptive, soit sous forme de fréquences ou de tendances observées. De plus, quelques croisements entre les données ont été effectués.

Concernant les données qualitatives, les entrevues ont été enregistrées sur bandes audio et le verbatim a été retranscrit. L'analyse de contenu du verbatim de l'entrevue-questionnaire a été réalisée en s'inspirant de plusieurs étapes de la méthode de Miles et Huberman (1991). Ainsi, dans un premier temps, le contenu des transcriptions de toutes les entrevues a été relu. Cette première lecture du matériel obtenu a permis de s'assurer de la conformité de la transcription. L'ensemble du matériel obtenu a été codifié en utilisant une grille d'analyse élaborée à partir des catégories émanant des fiches d'appels et des questions thèmes de l'entrevue-questionnaire. Dans le prochain chapitre, soit celui de présentation et l'analyse des données qualitatives, nous associerons des extraits de verbatim à des tendances observées.

5. Présentation et analyse des résultats

La présentation des résultats comprend deux volets. En premier lieu, les résultats de l'analyse qualitative sont présentés et permettent de répondre aux trois premières questions de recherche. En second lieu, la présentation des résultats quantitatifs porte sur la satisfaction des usagers du service téléphonique, de même que sur les caractéristiques des appels, permettant ainsi de compléter certains résultats qualitatifs en regard de la nature de l'aide apportée et de l'efficacité perçue des intervenants.

5.1 Présentation du volet qualitatif: perception des infirmières

L'analyse du contenu des entrevues effectuées auprès des infirmières du service téléphonique a permis de recueillir des informations relatives aux thèmes suivants : 1) la nature de l'aide apportée, 2) la perception de l'efficacité de l'aide apportée et, 3) l'adéquation entre d'une part, les compétences et les outils de soins disponibles et, d'autre part, les demandes des usagers. Au cours de la section suivante, les commentaires recueillis autour de chacun de ces thèmes seront présentés et résumés à la lumière de l'analyse effectuée.

5.1.1 La nature de l'aide apportée

Les infirmières du service téléphonique rencontrées dans le cadre de ce projet de recherche nous ont toutes décrit, à leur façon et selon leur point de vue, la nature de l'aide qu'elles apportaient aux usagers. Leurs témoignages nous permettent de mieux cerner leurs perceptions individuelles quant à la nature de l'aide qu'elles procurent aux usagers qui téléphonent au service. Comme on peut le constater à la lecture des extraits suivants, les infirmières du service téléphonique insistent sur le volet « intervention » de leur tâche. Elles définissent toutes la nature de l'aide apportée dans le cadre d'une démarche globale de relation d'aide et de soins. L'aide qu'elles considèrent apporter va au-delà de la référence vers des ressources appropriées ou de l'écoute passive et elles tiennent à le préciser.

« (...) Pour moi, la ligne téléphonique c'est d'abord et avant tout une ligne de relation d'aide. (...) une ligne de service, de support à la communauté, de référence, mais avant tout de relation d'aide. »

« (...) Je ne fais pas qu'écouter, j'interviens (...). Mon rôle dans le fond, c'est d'évaluer au niveau téléphonique la situation problématique que vit le client ou la cliente (...) et d'essayer d'amener des solutions, d'essayer de l'orienter vers le besoin qu'il stipule. »

« Les gens vont te dire, bon j'ai tel type de problème, toi dans ta démarche de problèmes, là à ce moment-là, toi tu vas le dire à ce moment-là, ok, oui je pourrais peut-être vous trouver quelque chose exemple (...). Mais c'est pas de façon systématique, c'est pas la personne qui va t'arriver, pis qui va appeler comme, exemple, comme au répertoire du Grand Montréal, pis que là, va te dire, connaissez-vous un organisme qui pourrait me prendre en charge, pour telle ou telle raison. C'est dans ce sens-là que j'exprimais qu'on n'est pas une ligne de référence, dans ce sens-là. »

« (...) Souvent on va essayer de les référer aussi vers des lignes d'écoute qui ne font que de l'écoute aussi, parce que justement, c'est pas vraiment notre mission. Notre mission est beaucoup plus à ce moment-là, une mission, nous, d'écoute et d'intervention. »

Une des répondantes apporte également un éclairage intéressant sur le rôle du service téléphonique et, par le fait même, sur le rôle et la fonction des infirmières y travaillant. Cette infirmière nous parle de son travail comme d'un service à la clientèle qui fait le pont entre le client et le réseau de la santé. Dans ce sens, les infirmières du service agissent comme « figures de proue du bateau ».

À la lumière des témoignages recueillis et suite à l'analyse des données, nous avons identifié six volets qui rendent compte de la diversité de la nature de l'aide apportée par les infirmières dans le cadre de leur travail au service téléphonique.

- *Le soutien*

Un des volets importants du travail des infirmières au service téléphonique semble être le soutien ponctuel apporté à différentes clientèles (schizophrènes, personnes souffrant d'anxiété ou de troubles de panique, personnes qui ont un faible réseau social) qui, à différents moments, plus anxiogènes, ont besoin d'être rassurées, d'avoir des conseils ou des réponses à leurs questions. Les infirmières du service agissent donc, dans le cadre de ces appels, comme ressources disponibles en tout temps pour conseiller ou rassurer en dehors des heures de rendez-vous ou lorsque le besoin se fait sentir. Ce type d'aide que procurent les infirmières permet, comme le souligne une répondante, de « maintenir dans le milieu » les usagers en évitant qu'ils aient à se déplacer dans les ressources en santé mentale ou à l'hôpital.

« Ils vont me décrire un symptôme, parce que même s'ils sont très bien suivis à la clinique externe, mais à la clinique externe, ils ne vont pas là à tous les jours. Pis à un moment donné, ils ont des inquiétudes en-dehors des heures de rendez-vous. (...) Parce qu'au début de la maladie (schizophrénie), on le sait, souvent les symptômes, autant positifs que négatifs sont présents, cela fait qu'on est capable de les rassurer. »

« Souvent ce sont des problèmes qui reviennent de façon récurrente ou des choses qui vont... des inquiétudes ou des choses touchant la réassurance, le recadrage, on fait beaucoup de choses comme cela. »

(...) Ils ont déjà la réponse, mais d'aller chercher une approbation ou d'aller chercher une aide supplémentaire, parce que souvent l'équipe traitante est non disponible. (...) Il y a une grande demande la nuit, le soir où c'est une période qui est très anxiogène pour la clientèle. »

« C'est ça, je pense, le premier avantage que la clientèle peut en avoir. Calmer immédiatement l'anxiété chez quelqu'un, exemple, qui appelle en soirée, qui aurait rencontré dans la journée son professionnel et qui avait oublié de poser une question. »

« C'est ça, puis il y a aussi le manque de ressources environnantes, soit avec la famille, soit avec l'équipe traitante, le manque de ressources au niveau familial, les amis, les gens qui souffrent d'anxiété, les crises de panique. »

Dans le cadre de leur travail, les infirmières du service téléphonique agissent également comme personne-ressource auprès de différents professionnels qui ont à intervenir auprès de personnes souffrant de troubles mentaux graves (responsables de ressources d'hébergement, équipes traitantes, policiers, etc.). Ces derniers semblent utiliser le service pour obtenir du soutien dans le cadre de situations problématiques ou tout simplement pour obtenir des réponses à des questions ou des conseils quant à leur intervention.

« (...) quand tu as une 3^e personne qui arrive, comme tierce partie, qui voit la vision différente, parce qu'à un moment, tu sais, c'est comme un peu la forêt, hein. Un arbre, quand tu es trop collé dessus, tu vois plus la forêt qui est derrière. C'est un petit peu la même chose dans un cas, des fois, il va arriver des situations plutôt délicates avec un résidant en foyer de groupe. Les intervenants sont trop collés dessus, pis à un moment donné, voient plus non plus la situation, ils ne sont plus capables de se détacher, parce que, tu sais ce que je veux dire, tu vis avec neuf personnes à temps complet, à ce moment-là, ça te prend quelqu'un qui arrive de l'extérieur et qui peut t'amener un peu un souffle nouveau. »

« (On répond aussi aux besoins des) ... ressources externes qui ont des clients de l'hôpital et là, maintenant aussi on fait affaire avec d'autres hôpitaux, ils appellent aussi pour des problématiques, pour des conseils, bon, que ce soit la médication, que ce soit... , mais souvent c'est plutôt des altercations entre les bénéficiaires et là ils veulent savoir des choses comme ça. »

« Les équipes traitantes se questionnent, ne savent plus quoi faire pour tel problème, nous appellent. »

« (...) Les policiers vont nous appeler souvent pour intervenir avec eux. »

• *L'écoute*

La solitude et l'isolement semblent être un problème majeur auquel sont confrontés plusieurs utilisateurs du service téléphonique. Il n'est donc pas surprenant qu'une grande partie de l'aide apportée par les infirmières du service, notamment les soirs et la fin de semaine, consiste en de l'écoute et du soutien. Toutes les répondantes interrogées ont fait mention des « abonnés » du service qui téléphonent sans problématique apparente pour « s'entretenir du temps » ou pour faire un « petit bilan de leur journée ». Selon une infirmière, le service téléphonique permet à ces personnes de « sentir qu'ils ont une place où s'accrocher », de savoir que quelqu'un est là pour eux. Ce type d'aide semble particulièrement sécurisant pour les usagers.

« Ils finissent même par reconnaître votre voix, ils vous nomment par votre nom. Pour eux, juste savoir que vous êtes là, de l'autre côté, s'ils ont besoin de vous, cela les sécurise. »

« Pour moi, ce sont des gens qui ont vraiment besoin de communication. Moi, jusqu'à date, la majorité, c'est ça. Ils ont vraiment besoin d'écoute, de quelqu'un qui leur dit : " On est là, vous n'êtes pas seul à Montréal, il y a quelqu'un avec vous. " »

Même si l'écoute occupe une part importante du travail quotidien des infirmières du service, la nature de leur travail et de l'aide qu'elles apportent diffère de l'aide apportée, par exemple, par des intervenants de lignes d'écoute. Comme nous l'avons précisé précédemment, les infirmières rencontrées nous ont toutes dit offrir une aide différente de celle proposée par ce type de ressources et ne pas hésiter à y référer les usagers au besoin.

« (...) comme je leur dis ça... en ... j'écouterai pas tout ce que vous allez me dire, gober ça pis vous dire merci bonsoir. C'est pas ça là. Si c'est ça que vous voulez, j'ai un numéro pour vous. »

L'écoute est donc, pour les infirmières, une partie intégrante de la démarche globale de soin dans le contexte des interventions téléphoniques. L'écoute semble être le point de départ de l'intervention, l'étape qui permettra d'aller plus loin avec l'utilisateur du service dans l'exploration de la problématique.

« Il faut l'aider à explorer... C'est partir de où pour arriver à l'étape où vous vous sentez vraiment angoissé, que vous avez vraiment besoin d'écoute. »

« Le volet écoute, à ce moment-là, on va le travailler aussi très pertinemment, pour essayer encore une fois, avec la clientèle, de trouver la problématique majeure. »

• *La résolution de problèmes*

Les personnes qui téléphonent au service d'écoute et de référence le font généralement pour trouver une solution à un problème particulier évoqué d'une façon plus ou moins claire et précise selon les cas.

« (...) il y en a qui vous appellent et qui commencent aussitôt à vraiment vous parler... mais il y en a d'autres qu'il faut vraiment questionner, il faut essayer d'aller tâtonner partout pour trouver la bonne réponse. »

« Parfois, il y a des personnes qui appellent et il faut les aider identifier pourquoi elles ont appelé. »

Un volet essentiel de l'intervention des infirmières du service est de parvenir à identifier la problématique qui a motivé l'appel afin de parvenir à trouver une solution la plus aidante possible pour l'utilisateur en effectuant une « collecte de données ». Dans ce sens, l'intervention des infirmières du service va donc au-delà d'une démarche d'aide qui se limiterait à de l'écoute puisqu'elle vise à se conclure par une résolution du problème en étroite collaboration avec l'utilisateur.

« C'est sûr qu'ils appellent pour quelque chose, pis c'est à nous d'aller voir c'est quoi qu'il y a en arrière de ça... »

« (...) Je précise, le plus gros truc pour la ligne téléphonique, je pense, c'est vraiment d'être capable de faire une démarche de résolution de problèmes. Parce qu'il y a des gens qui ne sont pas capables de dire bon voici le problème, pis d'être capable de composer. »

Dans le contexte de leur intervention, les répondantes nous ont dit amener les usagers à cheminer eux-mêmes vers une résolution de problèmes en « explorant » avec eux les raisons entourant leur appel et les solutions possibles. La nature de l'aide qu'elle apporte prend donc la forme d'un accompagnement dans la résolution de problèmes.

« (...) Je n'ai pas la réponse à leurs problèmes, je les laisse, je les fais cheminer vers une résolution de problèmes. »

« On explore un peu pour savoir c'est quoi leurs recours. »

« On est un aidant, donc on l'amène à se questionner avec ce qu'il vit, puis avec ce qui en ressort de notre conversation, on l'amène à se questionner, puis ensuite à trouver des moyens. »

• La référence

La référence constitue, pour les infirmières rencontrées, le dernier volet de leur intervention. La référence vers une ressource fait donc partie intégrante de la démarche de soins et, dans ce sens, elle n'est jamais extérieure à cette démarche.

« Les gens vont t'appeler pour une problématique et toi, à partir de ta démarche de soins, ta démarche de résolution de problèmes, là, tu vas définir, oui moi, je connais ça comme organisme et à ce moment-là, on va cibler quelque chose qui est plus approprié pour la personne comme tel. »

Après avoir exploré avec l'usager la nature de son problème, les infirmières vont référer, s'il y a lieu, vers des ressources appropriées au besoin de l'usager (organisme pour femmes violentées, pour sidéens, pour personnes seules, centre de crise, ligne d'écoute, Info-Santé, pharmacien, centre d'hébergement temporaire, etc.) ou vers les urgences si la problématique apparaît trop sévère.

« On prend l'exemple d'un client/d'une cliente qui t'appelle, qui te dit bon, bien elle a un problème de solitude. Ok. Cette personne-là t'as comme objectif... tu vas essayer de trouver, justement dans ton intervention, dans ta résolution de problèmes... on va essayer de trouver des organismes qui vont lui venir en aide. »

« (...) on va orienter vers le service des urgences (...) »

Dans le cadre de leur intervention, les infirmières font également certaines démarches auprès des ressources susceptibles d'offrir de l'aide aux usagers pour vérifier la disponibilité des places d'un centre d'hébergement par exemple, ou de faire le lien avec un médecin traitant. Cette indication démontre encore une fois la volonté des infirmières du service d'assumer pleinement un rôle d'intervention et d'inscrire la démarche de référence dans une démarche beaucoup plus large de résolution de problèmes et de suivi de la clientèle.

« Pis là, tu fais quelques appels auprès de certains organismes qui viennent en aide auprès des personnes et là tu leur dis, écoutez, pouvez-vous m'héberger madame untelle pour une journée ou deux (...). »

• L'information et l'enseignement

Plusieurs appels acheminés au service téléphonique consistent en des demandes d'information. Ces appels concernent surtout la gestion des médicaments et la « normalité » des symptômes. Ces demandes d'information proviennent parfois des employés de ressources externes (intervenants, responsables de ressources d'hébergement, etc.) parfois des usagers eux-mêmes. Les infirmières sont donc des personnes-ressources clés et leur expertise sur la question semble représenter une source importante de renseignements. Dans ce sens, l'aide apportée par les infirmières se distingue, ici encore, de l'aide offerte par les lignes d'écoute, par exemple, où les intervenants ne sont pas formés sur ces questions cliniques.

« Bon, ok, il m'arrive madame untelle, je ne sais pas moi, qui s'est réveillée à 11 heures ce matin. C'est la première fois de sa vie qu'elle se réveille aussi tard, elle a des médicaments à prendre actuellement à 8h le matin, elle en a à prendre à midi et elle est embêtée. »

« Ceux qui appellent pour la médication, ce sont surtout les intervenants, ils appellent pour obtenir des informations pour leur clientèle. Ce sont des intervenants dans les autres ressources. Ils veulent savoir, bon leur client a pris tel médicament, à quelle fréquence il devrait prendre l'autre. »

« Pis, même au niveau des maladies, combien de fois on m'appelle, pis telle chose c'est-tu normal (...). »

Les infirmières du service sont également appelées à répondre à des questions relatives aux maladies physiques. Dans le contexte où de plus en plus de personnes vieillissantes ou malades sont hébergées dans des ressources externes aux hôpitaux, l'aide de cette nature s'avère souvent importante tant pour les usagers que pour les intervenants et les responsables de ressources.

« Comme cette semaine, un intervenant de XXX qui nous a appelé pour un client diabétique, pis y avait des questions à nous poser par rapport à ça. Donc, les intervenants aussi nous utilisent pour ça, donc ils savent qu'il y a une infirmière en place. Ils savent qu'on peut les aider. »

Les infirmières du service d'appel agissent également parfois comme personnes-ressources auprès des familles de personnes souffrant de troubles mentaux qui se posent des questions sur la maladie, ses symptômes et ses manifestations. Elles offrent donc de l'aide que nous qualifierons de type « enseignement » à ces familles.

« Les familles qui vont appeler. Mon fils est schizophrène, j'ai tel problème avec, là tu vas essayer de démystifier un petit peu toute la problématique avec la mère ou le père. »

• Le recadrage

Finalement, le dernier volet relatif au type d'aide apportée par les infirmières du service téléphonique ressorti de notre analyse constitue le recadrage. À quelques moments au cours des entrevues, les répondantes ont évoqué cette forme d'aide comme un élément de leurs interventions.

« Il y a une madame qui m'a appelée hier. Là c'était ça, là, elle voyait tout en noir et tout ça. Elle venait de finir une session de 15 cours qu'elle avait bien réussie en tout cas. C'est ça que j'ai récupéré. Pour essayer de lui faire voir que finalement, elle en avait fait plein de choses qui sont... C'est sûr que, elle, à son tableau là, au début de l'appel, il était tout noir, pis après ça, bien au moins il était gris. C'est comme 50/50 là. »

À la lumière des témoignages recueillis auprès des quatre répondantes œuvrant pour le service téléphonique, on a pu constater que la nature de l'aide aux usagers prend diverses formes en fonction du type d'appel et également du moment de la journée. En effet, à plus d'une reprise les infirmières ont souligné que le type d'intervention n'était pas le même les jours de semaine et les soirs ou les fins de semaine. En effet, il semble que le service téléphonique soit davantage utilisé par les équipes traitantes et les intervenants le jour et par les personnes souffrant de troubles mentaux le soir et la fin de semaine où les volets écoute et soutien sont davantage exploités.

« Sur semaine, je suis davantage utilisé pour ce qui est de venir en aide aux équipes traitantes. (...) La fin de semaine, là on parle vraiment du volet relié directement à la clientèle. »

5.1.2 La perception de l'efficacité de l'aide apportée

• Le sentiment d'être aidant et apprécié

La relation d'aide dans laquelle sont engagées les infirmières du service téléphonique semble être évaluée de façon positive par ces dernières. Les répondantes interrogées considèrent que leurs interventions sont généralement aidantes et appréciées par les usagers du service qui ont besoin d'écoute et de soutien dans le cadre d'une démarche de résolution de problèmes.

« En tout cas, moi je trouve que c'est une clientèle très intéressante (jeunes schizophrènes) qui, selon ce qu'on entend de leurs commentaires, nous apprécie beaucoup. »

« Moi, je ne fais pas qu'écouter, j'interviens et je donne, je n'ai pas la réponse à leurs problèmes, je les laisse, je les fais cheminer vers une résolution de problèmes. Ce qui est, en tout cas, la majorité des commentaires, les gens apprécient ça. »

Mener à terme une intervention, c'est-à-dire écouter, identifier la problématique et faire cheminer vers une résolution du problème ou référer vers une ressource, représente une source de satisfaction et de gratitude pour les infirmières du service téléphonique.

« Il y a des soirées où je sens que c'est très satisfaisant, on arrive à mener à terme tout ce qu'on fait. On parle à la personne, la personne commence à pleurer au téléphone, on explore, on voit et quand on laisse la personne, on sait que la personne est calme, que la personne prend son PRN et, puis, la personne vous dit bonsoir. »

Les appels qui consistent en des demandes d'information relatives à la médication sont les appels jugés les plus « faciles » par la majorité des infirmières. Le caractère précis de ces appels permet aux infirmières de répondre sans craindre d'avoir mal évalué le motif exact de l'appel ou de ne pas avoir réussi à apporter une réponse aidante.

« Le plus facile... Bien c'est sûr que quand c'est des demandes... comme des choses sur la médication, pis tout ça habituellement. Pour moi, c'est plus facile à traiter, ça, je veux dire. Si je ne le sais pas, je leur dis une minute et je vais chercher dans le CPS ou dans ce que j'ai de documentation. Pour moi, c'est plus facile des renseignements comme ça, que, quand c'est des problématiques où là faut partir dans un processus plus de relation d'aide, de décortiquer c'est quoi le problème (...). »

Lorsqu'elles doutent de l'efficacité de leurs interventions ou qu'elles sentent ne pas pouvoir répondre d'une façon adéquate à la demande qui leur est adressée, les répondantes nous ont dit ne pas hésiter à référer l'utilisateur vers d'autres ressources (pharmacien, Info-Santé, etc.) ou vers les services d'urgence des hôpitaux.

« (...) si on est pas sûr, bien d'être capable de le dire, capable de référer à ce moment-là... parce que les limites de l'intervention sont là aussi. Tu sais à un moment donné, moi, je ne suis plus capable d'intervenir. Selon moi, faut que je sois capable de le dire, de référer à ce moment-là. Bien là, je préférerais que vous alliez à l'hôpital, présentez-vous à l'urgence (...). »

« Fais que tu sais, je réfère souvent aussi à Info Santé-CLSC ou à un pharmacien. Si moi, je vois que je ne peux vraiment pas répondre à... au problème, si c'est quelque chose qui me dépasse... »

Reconnaître les limites de sa capacité d'intervention s'applique également, d'après une répondante interrogée, dans le cadre d'une relation d'aide où les usagers téléphonent simplement pour parler, pour être rassurés. Après plusieurs minutes d'écoute, il faut, de l'avis de cette infirmière, savoir mettre ses limites et reconnaître quand l'intervention n'est plus efficace et ne mène nulle part.

« Il y a un danger à cela, parce que ces gens-là, bien souvent, c'est ce que j'appelle des puits sans fond, il faut savoir, à un moment donné, qu'une relation d'aide, il faut savoir quand cela commence, il faut savoir quand cela finit. C'est à nous aussi de dire, à un moment donné, et moi aussi je vais dire au client après tant de temps, des fois ça va être 20 minutes, des fois ça peut être une demi-heure. C'est suffisant pour aujourd'hui, moi je ne suis plus capable là de t'aider là, présentement. »

Les infirmières nous ont également toutes entretenues à leur manière de la richesse de leur fonction au service téléphonique qu'elles considèrent comme stimulante et source constante d'apprentissage. Dans la même foulée, nous avons pu constater par la multitude de ressources utilisées, dont ont fait état certaines infirmières et ce, dans la perspective de bien répondre aux demandes des usagers, qu'il s'agissait d'infirmières stimulées n'hésitant pas à déployer des efforts personnels pour acquérir, entre autres, des connaissances et en faire bénéficier les usagers du service.

« J'en aurai toujours à apprendre là (pour améliorer ma pratique téléphonique) et je suis très ouverte à cela et je suis dans le milieu pour. J'en apprends tous les jours, pis ça me permet d'aider la clientèle avec les nouvelles connaissances que j'acquière. Ah non, ça je suis très consciente que j'en ai à apprendre encore beaucoup, pis que je me dois de le prodiguer aux autres... »

« Je veux dire, si je ne sais pas quelque chose, je vais aller le chercher, je vais prendre... Je m'achète des livres à n'en plus finir sur tout ce qui traite de psychologie, de psychiatrie. Tout m'intéresse, donc, mais si j'ai une interrogation ou quoi ce soit, bien, je vais le chercher là-dedans et je vais essayer de voir, tu sais... Qu'est-ce... Bien ça, c'est moi là, je ne veux pas dire... bien je trouve... (...) je m'aperçois que plus je lis, plus j'apprends des choses... et pis quand on me parle... avant de travailler au service téléphonique, je connaissais peu de choses sur les troubles obsessionnels/compulsifs. Bien, il a fallu que j'ai eu trois appels, pour que là, je me lance là-dedans. J'ai lu tout ce qui

pouvait y avoir là-dessus, pis au moins quand quelqu'un me parle de ça, je sais de quoi je parle. Je suis capable... ou en tout cas de comprendre ce que la personne vit, à tout le moins, parce que souvent, faut... quand tu lis là-dessus moindrement, tu t'aperçois que ces gens-là quand ils appellent, il y a une grande détresse. »

• Les difficultés et les inquiétudes

Les appels récurrents d'usagers qui téléphonent sans raison précise de même que les appels logés dans des moments de panique ou d'anxiété sont des appels qualifiés de difficiles par certaines répondantes. Les interventions effectuées auprès de ces usagers demandent aux infirmières « d'aller gratter », de cerner la problématique à la source de l'appel. La démarche d'aide effectuée, dans le cadre de ces appels, peut parfois être longue et ardue.

« (...) des patients qui nous appellent de façon récurrente, mais je veux dire, on sent pas en tout cas qu'on les aide, c'est comme toujours les mêmes choses qui reviennent et, puis, même si on essaie de faire de la relation d'aide, ils mettent tout en échec (...) C'est vraiment pas si évident que ça d'aller chercher (...) ils ne nous disent pas tout, c'est à nous d'aller gratter et à aller chercher... c'est pas toujours évident. »

« (...) les états de panique ou d'anxiété. Essayer de rassurer, essayer de trouver des moyens pour pallier à ça des fois, c'est pas évident... faut des fois aller chercher loin, faut désamorcer, pis des fois, ça peut nous prendre une heure, on peut passer une heure avec le client ou la cliente au téléphone pour essayer de comprendre le processus ou tout ce qui l'a amené à vivre ça. »

Une difficulté identifiée par les infirmières consiste dans le manque de ressources disponibles afin de répondre aux besoins et attentes des usagers. Ces ressources englobent les ressources plus personnelles des usagers, comme les liens avec leur réseau de soutien informel : les membres de la famille, les amis, les lieux de rencontres ou organismes communautaires et les ressources du secteur de la santé. En effet, les infirmières ont fait mention, entre autres, de la complexité pour les usagers du service téléphonique d'avoir parfois recours à leur équipe traitante lorsque ces derniers sont suivis en psychiatrie ou encore, d'avoir accès à un omnipraticien pour les usagers présentant une problématique de santé mentale, mais ne requérant pas nécessairement un suivi par un psychiatre ou une équipe traitante d'une clinique.

« C'est ça, puis il y a aussi le manque de ressources environnantes, soit avec la famille, soit avec l'équipe traitante, le manque de ressources au niveau familial. »

« Il y a un gros manque dans le réseau actuellement, c'est justement de ce côté-là. La clientèle psychiatrique, ça leur prendrait plus de Café Chrétien... tu sais, je dis souvent ça en blague là... dans le sens, où ça leur prendrait un endroit où vraiment ils peuvent se retrouver, participer à des activités de jeux de cartes, de socialisation, pis malheureusement, c'est ce genre d'endroit là qui est déficient actuellement dans le réseau. (...) Mais, des fois, ne serait-ce que pour jaser seulement, avec un café ou quoi que ce soit. Ce sont ces petits organismes-là qui manquent actuellement, pour ce type de clientèle-là, parce que ces gens-là se ramassent isolés dans leur appartement. On les sort des établissements et des instituts, mais on bloque ça de ce côté-là. »

« Mais un appel qui serait complexe, ça serait l'exemple: j'ai une personne qui m'appelle, qui a aucun suivi en psychiatrie, (...) qui fait partie de notre territoire en tant que Sud-Est, mais qui nécessite pas, de façon systématique, une visite nécessairement à Louis-H. Lafontaine, ok. Là, ça devient complexe dans le sens où il faut qu'on lui propose un omnipraticien. Malheureusement, sur l'Île de Montréal, on a un gros problème de ce côté-là pour trouver un omnipraticien qui pourrait faire du droit en psychiatrie, on va dire ça comme ça, là. Qui pourrait faire un peu de psychiatrie, parce que ça, c'est pour moi, ça rentre dans la complexité. Parce que tu sais que cette personne-là a besoin d'un coup de pouce, sans toutefois aller à Louis-H. et les omnipraticiens dès qu'ils voient le moindrement la bannière de la possibilité que c'est un trouble de santé mentale, on dirait qu'ils te déclinent ou se retirent là à ce moment-là. »

Douter de l'efficacité de ses interventions est une source importante d'inquiétude, voir même d'insatisfaction pour les infirmières interrogées qui doivent apprendre à vivre avec le doute de ne pas avoir réussi leur intervention et à accepter de ne pas avoir le contrôle sur les résultats de leur démarche d'aide.

« L'inquiétude que je peux avoir, est de ne pas bien faire ce que je fais (...) C'est quand on trouve qu'on n'apporte pas l'aide suffisamment. »

« Alors, je fais du mieux que je peux, mais lorsque je raccroche la ligne, je sais pas moi si j'ai réussi ou si j'ai pas réussi. J'espère que j'ai réussi ou j'espère que... on ne guérit pas... mais j'espère que j'ai aidé ou que j'ai soulevé une certaine lueur, mais reste que je n'ai pas le contrôle sur ce que le client va faire par la suite. »

« Des fois je peux rester avec... quand je raccroche, eh bien, je ne suis pas entièrement satisfaite de mon entretien, mais j'essaie toujours, j'essaie toujours d'amener le client à faire ressortir les éléments environnants, qui fait... qui amènent la situation problématique pour laquelle il appelle. »

« C'est sûr que j'ai, j'ai les moyens d'agir, je suis là pour aider, j'ai les moyens d'agir, j'ai les outils, j'essaie de les communiquer, mais je n'ai pas... je ne peux pas être responsable de ce qui va se passer après, comprenez-vous. Dans le sens que si j'ai un suicidaire, je vais vous donner un exemple là, si j'ai un suicidaire au bout du fil, je vais essayer de l'aider ici maintenant, mais lorsque je vais raccrocher, même si j'ai fait le mieux que j'ai pu, pis que c'est ça que je vais avoir fait ou je vais avoir essayé de faire, je n'ai pas le contrôle sur ce qu'il va faire lui par la suite. (...) Ce genre d'appel là, peut amener une certaine inquiétude, effectivement. Parce que c'est ça, je parle de vraiment... c'est ça là. On peut jamais... je peux jamais... on est pas là pour juger personne et je sais pas à quel point le degré de dangerosité est là. Alors je fais du mieux que je peux. »

Entrer en relation d'aide à distance, par l'intermédiaire d'une ligne téléphonique, amène les infirmières à travailler sans « filet », dans des situations où elles ne peuvent pas compter sur une évaluation visuelle de l'état de la personne en détresse ni de sa situation. « (...) C'est pas comme une entrevue où on est devant la personne. » Être privé du non verbal de l'usager est considéré par les répondantes comme une certaine « déficience » ou difficulté dans leur intervention, les privant de données précieuses auxquelles auraient accès normalement dans une entrevue face à face. Cette absence de contact visuel semble particulièrement problématique dans des cas où l'usager est en état de crise où lorsque que l'intervention se termine abruptement.

« Est-ce qu'il se passe vraiment quelque chose qu'on ne peut pas voir? Est-ce qu'on doit agir plus vite? On ne sais pas vraiment c'est quoi qu'on doit faire... C'est l'ignorance (qui est la plus difficile) (...) La personne crie: Je veux de l'aide, je veux de l'aide... Mais quelle sorte d'aide? Êtes-vous seul? Êtes-vous capable de me parler? Êtes-vous en présence de personnes qui vous empêchent de me parler? Moi, je trouve que c'est vraiment ce genre d'intervention-là qui vient me chercher. »

« Comme hier, je parlais avec une personne... elle me dit : je suis en auto, je vous parle, je suis enceinte de neuf mois, j'ai envie de mourir, j'ai envie de ci, j'ai envie de ça, et puis ça coupe. »

Le commentaire d'une répondante illustre bien tout le poids qui repose sur les épaules des infirmières du service téléphonique et nous permet de constater à quel point le sentiment d'avoir bien fait son intervention est crucial pour elles.

« Quand tu as fini ton intervention et que tu raccroches le téléphone, faut que tu te sentes bien avec toi-même aussi, parce que sinon tu ne dormiras pas là. »

5.1.3 L'adéquation perçue par les infirmières entre les compétences et les outils de soins disponibles et les demandes des usagers

Les résultats obtenus à cette question de recherche proviennent essentiellement du contenu des entrevues retranscrit, lu, relu plusieurs fois et résumé afin de bien cerner la perception des infirmières quant à leurs compétences et aux outils de soins disponibles pour répondre aux demandes des usagers. Les demandes des usagers, dont on fait état dans cette section, sont également présentées sous l'angle de la perception des infirmières rencontrées. Comme l'a fait ressortir l'analyse des entrevues, la télépratique constitue un travail où certaines conditions s'avèrent plus favorables et d'autres moins pour répondre aux demandes des usagers et aux exigences de leur rôle. Nous présenterons donc également à la fin de cette section et ce, toujours à partir du contenu des entrevues réalisées, l'adéquation perçue par les infirmières entre les conditions de leur pratique téléphonique versus les demandes des usagers et les exigences de leur rôle.

L'analyse a permis de cerner globalement trois différents types ou catégories de compétences auxquelles les infirmières référaient comme étant des compétences essentielles pour exercer efficacement leur rôle d'infirmière répondante au service téléphonique en santé mentale. Tout d'abord, les compétences que nous avons regroupées

sous l'ordre du savoir ou de la connaissance, puisqu'il s'agit de compétences référant à un savoir plus théorique ou encore, à des connaissances du milieu ou du réseau. Ensuite, nous retrouvons, dans la seconde catégorie, les compétences de l'ordre du savoir-être ou des attitudes, lesquelles se situent davantage dans le domaine affectif et réfèrent à la disposition de l'infirmière. Et enfin, la troisième catégorie ciblée réfère aux compétences de l'ordre du savoir-faire ou des habiletés des infirmières. La synthèse qui suit présente, tout d'abord, les compétences identifiées par les infirmières regroupées, après analyse, selon ces trois catégories et illustrées, à l'occasion, par des extraits du verbatim des entrevues réalisées auprès de ces dernières.

• *Les compétences de l'ordre du savoir ou de la connaissance*

Les infirmières rencontrées ont toutes mentionnées à leur façon l'importance pour exercer adéquatement leur travail au service téléphonique de détenir de solides connaissances dans le domaine de la santé mentale, plus particulièrement en regard des différentes maladies mentales et des médicaments les plus couramment utilisés en ce domaine, pour répondre de façon appropriée aux questions des usagers du service, leur inspirer confiance et se distinguer des autres services téléphoniques existants.

« (...) parce qu'ils me disent : "Connaissez-vous cela, vous, le Zyprexa ?" Bien oui, je connais cela et là, je peux leur en parler et je leur pose des questions directement sur cette médication-là. Le dosage, quand est-ce qu'ils le prennent, s'il y a des effets secondaires, tout ça. Donc là, ils savent que là au moins je suis au courant de ça. Ils ne retrouveront pas cela dans une ligne d'écoute. Une ligne d'écoute, cela a du bon, mais ce ne sont pas des professionnels habituellement qui connaissent les médications psychiatriques (...). »

« Pis, même au niveau des maladies, combien de fois on m'appelle, pis telle chose c'est-tu normal. Surtout au début d'une maladie, on voit ça souvent chez les jeunes schizos, tous ceux qui sont référés par la Clinique Jeunes Adultes. J'ai pas d'énergie... C'est-tu normal, c'est-tu normal ? Combien de fois cette question-là revient. (...). »

Les répondantes ont aussi fait mention de la pertinence d'avoir une bonne connaissance du réseau, c'est-à-dire des différentes ressources de la communauté et des services de santé et services sociaux pour être en mesure de référer rapidement les usagers aux ressources les plus susceptibles de répondre à leur(s) besoin(s). Une infirmière a fait état de la nécessité de posséder des connaissances en regard de certains aspects légaux, notamment en regard de « l'obligation de moyens », en raison de la fréquence des idées suicidaires exprimées par les usagers du service et de l'inquiétude et de l'inconfort que peuvent générer ce risque dans un travail « sans filet », pour reprendre l'expression utilisée par deux infirmières et à laquelle nous avons référé précédemment. En utilisant cette expression, ces dernières réfèrent plus spécifiquement au fait que leur travail s'effectue à distance de l'usager, sans équipe interdisciplinaire et sans médecin or, sans moyen d'intervenir directement et instantanément auprès de l'usager du service.

« (...) le seul aspect légal qui m'embêtait, pis que dans le fond aujourd'hui, j'ai appris à démystifier, c'était : l'obligation de moyens et non de résultats. Ok, dans le sens où je prends un exemple tangible là, où Maître X nous exprimait à un moment donné : écoutez, si vous avez quelqu'un qui est suicidaire au bout du téléphone, que vous avez établi tous les moyens existants, que vous connaissiez... on prendra l'exemple du 911 ou quoi que ce soit, puis que la personne vous appelle, vous êtes en constante communication avec (...), pour toutes sortes de raisons possibles ou impossibles, trépassait, même si le 911 arrivait, ou bien là en même temps, là, tu sais (...). »

Pour maintenir et développer ces compétences de l'ordre du savoir, les infirmières estiment que les formations « en cours d'emploi » offertes, selon diverses modalités par l'intermédiaire de la ressource, sont considérées comme étant fort utiles pour répondre adéquatement aux problématiques présentées par les usagers. Au cours des entretiens, elles ont particulièrement fait mention de formations sur : les troubles de la personnalité (n=2); le suicide (n=2); la santé mentale, la toxicomanie et le SIDA / VIH (n=1) et aussi, les mesures de protection universelle (n=1).

« Bon, on a eu un cours sur les troubles de personnalité, ça aussi ça nous aide beaucoup, parce que veut veut pas, faut pas se le cacher, on a beaucoup d'appels de gens qui sont, souvent en psychiatrie, mais que le problème c'est des troubles de personnalité, donc c'est aussi bon d'avoir des notions là-dessus pour être capable de rapidement cibler ces gens-là et essayer de voir comment, comment mieux travailler avec ces gens-là. »

Les infirmières rencontrées se sont toutes dites intéressées à participer à d'autres formations et identifient même clairement certains besoins car, il s'agit d'un travail pour lequel, selon elles, la détention d'un maximum de

connaissances en lien avec les besoins de la clientèle desservie s'avère essentielle pour être « efficace ». Encore plus important que les formations pouvant être proposées par la ressource, les infirmières ont référé, pour réaliser leur travail avec compétence, à leur capacité et motivation personnelles à maintenir leurs compétences à jour en s'inscrivant, par exemple, à des cours, en effectuant des lectures ou en assistant à des séminaires sur la toxicomanie, le suicide, les médicaments, etc. Une infirmière a même fait mention de « sa responsabilité professionnelle infirmière » à cet égard. Les commentaires de trois infirmières illustrent bien cet aspect.

« (...) moi, ma responsabilité infirmière, c'est que j'assiste quand même toujours aux rencontres sur la pharmacothérapie qui existe justement pour être à date un peu comme le Clopaxol Acuphase là qui est sorti dans les dernières années, tout ça, pour au moins se mettre toujours à date à ce niveau-là. (...) Il y en a à Louis-H. Lafontaine, moi aussi, je vais aussi à l'Institut Philippe-Pinel. (...) les conférences du midi, tout ça. Ça fait que c'est sûr, j'y assiste quand même assez fréquemment (...). »

« Moi, j'ai beaucoup lu sur le suicide (...) Je ne pense pas qu'on est toujours à l'urgence "suicidaire", mais souvent, ça va être sous forme de comportement, ils vont se servir du suicide pour faire une demande à l'aide (...). »

« (...) je ne sais pas comment le dire, comment le définir, mais il faut être, comme "Up to date", je ne sais pas comment dire ça, il faut être à jour, parce que comme ça là, on s'aperçoit de plus en plus, on a des clientèles qui présentent des problèmes de santé mentale et de toxicomanie et bon, bien souvent ils peuvent se retrouver bon soit, on parle du sida qui est plus grave, mais il y a les hépatites et tout ça. Et c'est une réalité, pis encore là, si tu ne sais pas de quoi tu parles ! (...) J'aimerais encore plus avoir comme ça de la formation là, tu sais... comme là avec la nouvelle loi concernant les... justement les gens qui présentent des troubles mentaux puis que la police va devoir être accompagnée d'un intervenant d'un centre de crise là (...). »

• Les compétences de l'ordre du savoir-être ou des attitudes

Le « savoir-être » est considéré, par une des infirmières rencontrées, comme ce qui s'avère le plus important pour travailler dans le domaine de la santé mentale or, en ce sens, ce constat s'applique parfaitement, selon elles, au service téléphonique étudié. Parmi les compétences de cette catégorie identifiées comme essentielles par les répondantes pour effectuer adéquatement leur fonction au sein du service téléphonique, nous retrouvons : l'écoute, l'empathie, le calme, la patience, la politesse, la souplesse, la débrouillardise, la confiance en soi, l'autonomie, le jugement et, les capacités à travailler sans filet, à s'affirmer et à se remettre en question.

Trois répondantes ont fait mention, au cours des entrevues, de l'importance de l'écoute ou du « savoir écouter » l'utilisateur, à titre d'attitude de base, pour bien comprendre ce dernier, analyser sa situation et poser l'intervention appropriée selon la problématique présentée et/ou la demande de l'utilisateur.

« Dans le fond, je crois que c'est une bonne écoute, pour pouvoir bien analyser la situation et être capable d'en faire une synthèse pour amener à une résolution de problèmes, d'être capable de structurer avec les informations qui vont être stipulées, puis en faire ressortir le plus important là-dedans. Je pense que c'est ça. C'est tout ça... à la base c'est d'être capable d'écouter, pis d'être capable de percevoir les petits problèmes... »

L'empathie est considérée par les répondantes comme une attitude essentielle que doit posséder les infirmières en psychiatrie et ce, indépendamment de la fonction spécifique qu'elles exercent. Les infirmières rencontrées ont également référé à l'importance de faire preuve de souplesse et d'être calme en général au service téléphonique et, encore plus particulièrement, lors des appels où l'utilisateur est en état de crise ou agressif verbalement. La patience fut invoquée par une infirmière pour parvenir à créer la relation de confiance avec l'utilisateur, ce qui s'avère, selon cette dernière, « très difficile » en raison de la distance physique de l'utilisateur. La politesse ou le fait d'être poli a été identifié par une infirmière comme une attitude à adopter au service téléphonique puisqu'il s'agit, selon elle, d'un service à la clientèle au même titre « que n'importe laquelle des entreprises ».

Tout à tour les répondantes ont invoquées les termes ou les expressions « débrouillard », « autonome », « confiance en soi », « jugement » et « capacité à travailler sans filet », à titre d'attitudes et de compétences essentielles pour travailler dans le contexte particulier que constitue le service téléphonique. En effet, elles ont mis en relief le caractère solitaire de leur intervention, c'est-à-dire sans la présence de d'autres professionnels à leur côté pour les aider dans la prise de décision parfois difficile; la diversité des problèmes présentés par les utilisateurs auxquels elles ont à

répondre y compris, à l'occasion, des problèmes physiques; la grande détresse exprimée par certains usagers; la complexité des ressources de la communauté et parfois leur absence ou difficulté majeure d'accès. Elles ont aussi fait état de leur volonté de répondre, dans la mesure du possible et dans les limites de leur pratique, aux besoins exprimés par les usagers, sans avoir toujours nécessairement à référer à un médecin, les infirmières étant conscientes de la problématique d'accessibilité aux médecins, plus particulièrement, pour les usagers n'ayant pas de médecin de famille et présentant un problème de santé mentale. Les extraits de verbatim suivants témoignent bien de ce contexte.

« Ce qui est primordial, c'est d'être débrouillard, effectivement, d'avoir beaucoup de jugement dans la façon que tu vas intervenir. D'attendre après un médecin, comme certains font, je suis plus ou moins en accord avec ça, parce que le médecin est déjà débordé dans son travail avec sa clinique ou avec quoi que ce soit. Je pense que c'est de trouver des résolutions de problèmes qui sont adéquates. C'est surtout ça qu'il faut retenir et c'est pour ça que je suis d'accord, moi dans le sens de dire qu'effectivement ça prend du jugement. »

« La communauté, c'est la brousse, pis c'est un petit peu le parallèle que je fais, c'est dans le sens qu'il faut que tu sois suffisamment à l'aise à... (...) c'est d'être débrouillard, puis le jugement aussi. »

« Parce qu'il faut que tu sois à l'aise à travailler sans filet, dans le sens que tu n'as pas de médecin qui est là pour te « coacher », t'as pas personne pour te « coacher », fait que quand tu as fini ton intervention et que tu raccroches le téléphone, faut que tu te sentes bien avec toi-même aussi (...) je prends l'exemple de « une » qui est venue en poste, qui elle n'a pas été capable. Elle ne se sentait pas à l'aise là-dedans du tout, du tout, et elle le disait elle-même à un moment donné, moi j'aime le travail d'équipe. Je ne suis pas capable de travailler toute seule comme ça et de prendre une décision, pis de me rasseoir après pis raccrocher. »

« Quand il y a un problème physique, et cela arrive très souvent... (...) ...je pense qu'il faut être débrouillard, pis pas avoir peur... , une certaine confiance, parce que c'est sûr qu'on travaille un petit peu sans filet. »

« Parce que des fois un jugement adéquat ça permet de prendre une décision plus vite. Parce qu'on le sent quand la personne est prête à passer à l'acte... À force de prendre des appels aussi, on finit par le sentir... Quand la personne nous appelle... (...) quand la personne nous dit : « Oui je veux mourir là, je veux mourir », on le sent. (...) »

Enfin, les répondantes ont aussi référé à leur capacité de se « remettre en question », dans le sens de présenter suffisamment d'ouverture pour questionner leur pratique suite aux commentaires des certains usagers sur des attitudes qu'elles ont adoptées au cours de l'appel téléphonique ou encore, sur la qualité des conseils prodigués ou des informations transmises. Comme le service téléphonique a également pour mandat de répondre aux appels de divers professionnels, intervenants ou responsables de ressources, une infirmière a relaté que sa fonction requiert qu'elle soit capable de s'affirmer auprès des autres professionnels et ce, dans l'intérêt de l'utilisateur.

« (...) même le médecin le plus grognon au bout du téléphone, je suis très à l'aise, je suis très très à l'aise avec. Je pense que tout va, à travers ça, à travers le service à la clientèle, dans le sens de retenir que tu es là pour l'utilisateur comme tel, c'est vraiment à ce niveau là que tu travailles. C'est sûr que des fois, je vais... je suis quand même quelqu'un qui est capable de s'affirmer de façon assez systématique et je me gênerai pas pour dire ce que je pense à un professionnel justement. D'ailleurs, c'est là-dessus que j'encourage beaucoup mes consœurs à intervenir. »

• Les compétences de l'ordre du savoir-faire ou des habiletés

Au sein de cette catégorie, nous avons inclus la multitude d'habiletés ou de compétences de l'ordre du savoir-faire nécessaires au service téléphonique auxquelles les infirmières ont référées au cours des entretiens, à savoir: les habiletés de communication, dont l'exploration; la capacité à effectuer une démarche mentale de résolution de problèmes; la création de contacts dans le réseau et leur maintien; l'utilisation du langage de l'utilisateur; l'utilisation de l'expérience de ce dernier et de la leur acquise, au fil des années, à titre d'infirmière en santé mentale et au service téléphonique.

Lors des entretiens, certaines infirmières ont fait mention d'une façon plus générale à la nécessité d'avoir de bonnes habiletés de communication pour leur travail au service téléphonique, alors que deux d'entre elles, ont référé, plus spécifiquement, à l'importance de savoir bien « explorer » pour cibler avec le plus de précision possible la problématique que vit l'utilisateur. Rapportant être conscientes que certains usagers ont de l'expérience et ne leur

disent pas tout, dans le sens que ces derniers omettraient volontairement et ce, pour divers motifs, de leur communiquer des informations pertinentes qui les aideraient à bien cibler et à comprendre davantage leur situation problématique, cette habileté se veut, selon elles, d'autant plus importante.

« (...) la relation d'aide, c'est s'oublier pour... se centrer sur le problème de l'autre, ça fait qu'à un moment donné, c'est vraiment pas si évident que ça d'aller chercher et on sent des fois aussi qu'ils sont très... ils ont de l'expérience aussi, ça fait qu'ils ne nous disent pas tout, c'est à nous d'aller gratter et à aller chercher... c'est pas toujours évident. »

Un peu dans le même ordre d'idée, lorsqu'une infirmière indique que l'une des principales habiletés, sinon la principale compétence, consiste à savoir effectuer une démarche mentale de résolution de problèmes, elle réfère aux habiletés qu'elle doit posséder pour faire face à la difficulté que présentent certains usagers à identifier leur problématique. Non seulement l'infirmière doit posséder de bonnes habiletés de communication pour aider l'usager à circonscrire le problème vécu, mais elle doit aussi être en mesure de l'analyser afin de tenter de trouver avec l'usager « une solution ».

Deux infirmières ont référé à l'indispensable habileté d'être en mesure d'établir des contacts dans le réseau afin de les aider dans la spécificité de leur travail au service téléphonique. Elles utilisent le terme de « réseautage » pour décrire cette habileté. Que ce soit avec des professionnels du service de psychiatrie des urgences, des policiers ou des intervenants au sein de divers organismes, ces contacts sont essentiels, selon les infirmières, lorsque les usagers présentent une problématique particulière ou complexe nécessitant de l'aide que le service téléphonique ou L'Appoint ne peuvent offrir ou encore, lorsque l'infirmière ressent le besoin d'obtenir de l'information ou des conseils pour mieux aider ou orienter l'usager lors de son intervention téléphonique. Les infirmières ont aussi fait mention de l'importance de savoir entretenir leur réseau de contacts en se montrant disponible à leur tour pour aider et répondre aux besoins de leurs contacts : « C'est comme un jeu d'ascenseur », illustre une infirmière.

« (...) le réseautage est important là. Pis, je veux dire, on reçoit ici des idées, pis je veux dire, je me souviens d'avoir eu affaire avec des gens du Gipsys, qui est un organisme pour sidéens, où eux autres m'ont aidé aussi à un moment donné. Tu leur dis : "Écoute, là, moi, je suis complètement gourré, je ne sais pas où aller avec ce type de personne là, mais je sais que, vous autres, vous êtes capables de me donner un coup de pouce pour cette personne-là." C'est sûr qu'à ce moment-là, eux autres, ils vont dire : "Écoute, dans telle dimension, orientes-toi vers ça, puis s'il y a quelque chose, rappelle-nous, tu sais." C'est sûr qu'à ce moment-là, on s'aide mutuellement les uns les autres, tu sais. Pis faut pas rester nos portes fermées avec ces gens-là. Fait que c'est pour ça, je veux dire, c'est comme un jeu d'ascenseur, ce que tu reçois, tu vas le redonner éventuellement. Fait que c'est un petit peu pour ça que je parle de connaissances additionnelles là-dedans, en terme de réseautage. »

Utiliser le langage de l'usager, référer à son expérience font aussi partie du savoir-faire des infirmières du service pour, comme l'illustre l'exemple d'une infirmière, l'amener à s'exprimer davantage, l'encourager, le valoriser, le faire participer, en somme puiser à même son expérience pour en faire ressortir ses propres capacités et stratégies adaptatives.

« (...) Est-ce que c'est la première fois que ça arrive. Si c'est déjà arrivé, qu'est-ce que vous avez fait l'an passé par rapport à ça. Je vais beaucoup, comme avec ses expériences à lui (l'usager)... je vais toujours revenir aussi, à ce que lui, ressent par rapport à quelque chose. Souvent, ils vont avoir tendance à parler des autres, mais en oubliant... (...) Je les ramène toujours à eux. Mais vous, qu'est-ce que vous ressentez par rapport à cela. Cela vous fait vivre quoi, pis tout ça. Pis, c'est un petit peu comme ça, je pense que... mais souvent en les faisant verbaliser sur... Est-ce que c'est déjà arrivé... oui, comment vous avez réagi à ce moment-là et là, ils partent et là on récupère des petites choses. Ok, là à ce moment-là, vous avez fait ça. Est-ce que ça vous a apporté quelque chose? Oui... faudrait réessayer. Souvent, c'est comme ça que ça fait que, ils sentent qu'ils participent(...) Faut vraiment partir de... eux, qu'est-ce qu'ils ont déjà fait et c'est beaucoup, moi je crois beaucoup à cela la valorisation, dans le sens, et j'encourage beaucoup, si les gens me disent, des fois ils vont me dire... ah bien, mon médecin... je ne sais pas si je devrais vous dire cela, ce n'est pas important, moi j'essaie de leur dire que tout est important, le moindre petit pas qu'ils font, la moindre petite... Et là, ils vont me dire quelque chose et aussitôt bien là, je vais me raccrocher à cela. »

Les infirmières rencontrées et expérimentées nous ont toutes mentionné, à leur manière, combien l'expérience acquise au cours de leur pratique infirmière dans différents secteurs de la maladie mentale et de la psychiatrie s'avère une source précieuse pour occuper leur fonction au service téléphonique. Cette expérience qui a permis la

construction d'un bagage de connaissances est, selon les infirmières, d'une grande utilité pour répondre aux demandes des usagers du service et ce, autant dans la façon de répondre au besoin que dans la réponse au besoin. De plus, cette expérience développée rendrait cette fonction au service téléphonique encore plus attrayante et motivante en leur permettant d'utiliser leur expertise.

« Moi, je veux dire, ça fait trois ans que je fais ça, pis Dieu merci que j'ai été avant, presque 20 ans dans l'hôpital, parce que c'est tout ce que j'ai ramassé avec différentes clientèles, pis avec les expériences que j'ai eues, que maintenant je peux mieux intervenir. (...) Moi, j'aurais pas pu faire ça en début de carrière, non pas du tout, parce que je considère qu'il faut quand même avoir une certaine expérience ou une certaine expertise. »

• *La perception des infirmières des outils de soins disponibles*

Pour évaluer l'adéquation perçue par les infirmières entre les compétences et les outils de soins disponibles et, les demandes des usagers, il s'est avéré nécessaire, lors de l'entrevue, d'interroger les infirmières sur les outils auxquels elles avaient recouru pour répondre aux besoins des usagers du service. L'équipe de recherche connaissait les quatre outils de soins élaborés à l'origine pour permettre aux infirmières de répondre aux besoins potentiels de la clientèle et souhaitait recueillir leur perception quant à leur utilité pour remplir leur fonction. Cependant, il avait été également prévu dans le questionnaire semi-structuré élaboré pour l'entrevue de laisser de la place afin que les infirmières s'expriment également sur l'ensemble des outils utilisés et ce, dans la perspective de bien cerner la totalité des outils, ressources ou autres besoins qu'elles considéraient utiles ou jugeraient pertinents pour exercer encore plus efficacement leur fonction.

Tout d'abord, sera présentée une synthèse des données recueillies chez les infirmières quant à leur perception de chacun des outils élaborés à l'origine, soit : un guide de référence des situations de santé, inspirées des catégories de la NANDA; un guide de référence sur la médication psychiatrique; un répertoire des ressources du secteur version informatisée et papier ainsi qu'une fiche d'appel téléphonique. Suivra la présentation des autres outils et ressources utilisés par les infirmières en raison de leur pertinence dans leur pratique ou pouvant leur être potentiellement utile pour répondre encore plus efficacement aux demandes des usagers.

• *Le guide de référence des situations de santé*

Bien que considérant dans l'ensemble le guide de référence des situations de santé comme étant bien conçu, trois des infirmières rencontrées nous ont indiqué y recourir peu fréquemment lors de leur intervention téléphonique ou de façon non systématique. Les motifs invoqués sont qu'elles se sentent suffisamment à l'aise avec les situations de santé ou encore, en raison du caractère particulier de l'intervention téléphonique, lequel requiert une réponse rapide au besoin exprimé par l'utilisateur, dans le moment présent, laissant peu de temps à la consultation de documents. Deux infirmières ont mentionné avoir davantage recours à leurs connaissances acquises ou personnelles et se référer au guide lorsque survient, par exemple, une ambiguïté ou un questionnement.

« (Quand je dis que je n'utilise pas le guide sur les situations de santé) c'est davantage dans le sens que, les appels souvent, lorsqu'on reçoit des appels, il faut agir rapidement dans l'intervention, c'est beaucoup plus de la connaissance acquise que j'ai et c'est dans cette connaissance acquise que je vais davantage travailler. »

« Je dois dire que, pour ma part, le cartable sur le diagnostic infirmier, je l'ai peu utilisé, peut-être parce que la demande se faisait moins sentir dans le sens que, quand on m'appelle pour une crise de panique ou pour une crise d'anxiété ou pour une situation de crise, j'ai pas vraiment à l'utiliser là, ce cartable là. Je l'ai moins utilisé. »

Le guide est considéré bien utile pour se retrouver sur le plan terminologique par une infirmière possédant moins d'expérience en santé mentale. Enfin, à la lumière de l'expérience acquise au cours des années au sein du service téléphonique, des diverses situations de santé rencontrées et des interventions en lien avec celles-ci, une infirmière considère que le guide bénéficierait d'une bonne mise à jour.

« (...) Les situations de santé, bon, j'en rajouterais quelques-unes, là je sais qu'on en avait donné, on en avait donné quelques-unes et j'essayerais aussi de justement maintenant avec l'expérience qu'on a, comme moi avec les trois ans que j'ai, bien je peux prendre une situation de santé, puis peut-être avoir plus de matière à mettre, justement pour la documenter cette problématique-là. (...) l'expérience fait que l'on voit que là, qu'il y a une panoplie

de choses, d'interventions qu'on peut faire et on pourrait sûrement en rajouter qui pourrait être utile là. Des choses à faire, pis peut-être même à ne pas faire, je suis certaine qu'il y a aussi une clientèle aussi, quoi pas faire. Faut pas empirer les choses. (...) »

- *Le guide de références sur la médication psychiatrique*

Les quatre infirmières rencontrées ont dit estimer que le guide de référence sur la médication psychiatrique est très bien conçu et présente le grand avantage d'être d'utilisation facile. Toutefois, trois des répondantes ont relaté qu'il nécessiterait « une bonne mise à jour » afin d'y ajouter les nouveaux médicaments mis sur le marché depuis son élaboration, datant de l'ouverture du service.

- *Le répertoire des ressources du secteur version informatisée et papier*

Trois des répondantes ont affirmé utiliser régulièrement, dans leur fonction au service téléphonique, le répertoire des ressources, alors qu'une autre plutôt rarement. Une répondante a aussi fait mention de la nécessité de mettre à jour ce guide puisqu'il n'a pas été révisé depuis trois ans. Cette situation entraîne, à l'occasion, des situations désagréables, selon les dires d'une répondante, pour les infirmières du service et les usagers en leur transmettant, par exemple, les coordonnées d'une ressource qui n'existe plus.

- *La fiche d'appel téléphonique*

Selon les infirmières rencontrées, la fiche d'appel téléphonique est considérée comme un outil indispensable leur permettant d'obtenir rapidement un portrait de l'utilisateur. De plus, cette fiche s'avère, selon les répondantes, fort utile si l'utilisateur effectue des appels ultérieurs et ce, indépendamment d'une modification de leur situation problématique.

« Je peux vous dire vraiment que quand on a la fiche, ça aide vraiment. Ça aide vraiment de faire la fiche d'appel à chaque fois... Même si la personne change (i.e. changements dans les besoins d'un même usager lors de ses différents appels téléphoniques) une journée, la personne avait appelé pour ses médicaments, l'autre journée parce qu'il y avait des bêtes qui marchaient dans sa chambre... Au moins (avec les fiches) on a un tableau, on a l'image des besoins de la personne à chaque fois... »

Quant au portrait de la situation de santé de l'utilisateur que permet de tracer la fiche d'appel, deux infirmières estiment que celui-ci s'avère totalement précis et les deux autres partiellement précis. Pour ces deux dernières, la qualité du portrait de la situation de santé dépend de l'information que les infirmières prennent soin d'y colliger et, en ce sens, la conception de la fiche d'appel téléphonique n'est nullement en cause. En fait, trois infirmières ont dit considérer qu'elles identifient encore insuffisamment les situations de santé sur les fiches d'appels. Le flux d'appels, la quantité significative d'information à écrire, le manque de temps sont les principales raisons invoquées pour expliquer le fait qu'elles n'identifient pas suffisamment les situations de santé — ou diagnostics infirmiers — au sein de la fiche.

« C'est pas une question de laxisme, mais t'écris tellement là, faut noter qu'un appel là, t'écris tellement, qu'à un moment donné, on dirait que tu viens, que tu as comme le goût d'en sauter des parties aussi. Parce que, ce qui est le plus important, c'est d'aller chercher de l'information dans la globalité de l'élément déclencheur à ce moment-là. »

- *Les autres outils et ressources utilisés par les infirmières*

Les entrevues réalisées auprès des infirmières ont permis de constater, qu'outre les autres outils élaborés à l'origine, celles-ci avec recours à une gamme d'outils et de ressources variés dans l'intention de répondre le plus adéquatement et efficacement possible aux demandes des usagers. Ces divers outils et ressources comprennent : la consultation de documents déjà existants; la conception d'outils personnels à partir de formations reçues, de lectures, d'expériences de travail antérieures et les références ou les contacts auprès de d'autres ressources du secteur de la santé et des professionnels de la communauté. La section qui suit présente une synthèse des outils et des ressources auxquels les infirmières semblent avoir le plus souvent recours, selon les entretiens réalisés auprès de ces dernières.

Parmi les documents ou outils à leur disposition au sein de l'Appoint, les infirmières nous ont dit régulièrement recourir, lorsqu'il est question de médicaments relativement nouveaux, au CPS « Compendium des Produits et Spécialités Pharmaceutiques » (n= 3) et lorsqu'il s'agit d'un besoin de ressources ou d'un organisme en particulier, au « Répertoire du grand Montréal » (n= 3) et « Répertoire des ressources pour la santé mentale » (n = 2). Elles ont aussi fait mention de l'utilité des dossiers à leur disposition, lesquels contiennent des données sur les usagers connus du service pouvant s'avérer aidantes lors d'un appel, permettant ainsi à l'infirmière de savoir, selon les propos d'une répondante : « au début de l'appel, on sait avec quel type on a affaire », en référant au portrait de l'utilisateur. Le cahier de bord ou de communication dans lequel la plupart des appels au service sont notés semble être apprécié et utilisé par les infirmières pour des raisons similaires.

« Ce qui est le fun là, mettons les intervenants nous appellent pour nous parler d'un client, pour nous dire, je leur ai donné vos coordonnées, ça se peut qu'il vous appelle et il nous donne un petit peu un topo là. Regarde, il va pas bien ou elle va pas bien pour telle ou telle raison. Pis là, nous on va écrire dans le cahier cette conversation-là... téléphonique qu'on a eue. Bon, l'intervenant SIM, nous appelle concernant tel client... il va peut-être vous appeler, bon. Ça aide ça. (...) c'est dans le cahier (de bord que nous allons écrire ces informations). C'est à la main dans le cahier là de communication et ça, bien moi, je trouve oui, je trouve ça utile, parce que d'abord justement si on a un appel de ladite personne, on sait... ça nous réfère à quelque chose on tombe pas... avec une nouvelle personne complètement. »

Face à des situations et des besoins plus particuliers de la clientèle, deux infirmières ont indiqué ne pas hésiter à aller chercher de l'information supplémentaire dans des livres qu'elles s'achètent personnellement ou qu'elles consultent à la bibliothèque. Il peut s'agir de lectures sur les personnes suicidaires ou de livres portant sur les diagnostics infirmiers (situations de santé) afin de cibler des interventions et des résultats escomptés à poursuivre avec un usager présentant une situation de santé plus rarement rencontrée au service téléphonique. Dans l'un des exemples rapportés par une infirmière, il s'agissait d'une usagère présentant un choc post-traumatique suite à un viol. La recherche sur Internet — accessible aux infirmières du service téléphonique — sur les sites de santé fut également invoquée par une infirmière à titre d'outil utilisé pour répondre aux demandes de usagers. Une autre infirmière a mentionné faire usage de documents personnels cumulés au fil des années de sa pratique en santé mentale qu'elle prend soin d'adapter à sa pratique téléphonique comme, par exemple, l'intervention auprès des personnes agressives.

« Et j'ai plein, plein, plein d'autre chose, des petites affaires... que j'utilise, que j'utilise de plus en plus là, je veux dire, c'est tout des choses ramassées à droite et à gauche, autant comme les interventions avec les personnes agressives et que je vais adapter au téléphone. Quand il y a un appel et que la personne est agressive au bout du fil, il y a aussi une façon de faire. Ce n'est pas en criant plus fort qu'elle va comprendre quelque chose. Souvent, en baissant le ton et en parlant tout bas, que là elle s'aperçoit que finalement ça ne lui donne rien de crier, ça fait que là elle aussi elle baisse le ton en même temps. Il y a des choses comme ça, pis y a plein d'outils que moi j'utilise... »

La conception par une infirmière rencontrée d'un petit cahier maison portant sur des situations de santé physique s'avère également un outil conçu et aidant pour répondre aux usagers présentant de telles problématiques, étant donné l'absence de matériel disponible à la ressource pour répondre aux demandes de cette nature de la part des usagers.

« C'est sûr qu'on s'est développé aussi là comme, que je pourrais dire : « maison » des choses là... pis autant physique aussi, parce qu'on a un cahier, je ne sais pas si les autres t'en ont parlé, mais parce qu'à un moment donné, moi, je sentais beaucoup le besoin de me documenter, au niveau, bon, du diabète, parce que c'est des gens qui, souvent... on a des appels par rapport à ça, que ce soit des clients ou même des familles d'accueil qui ont des clients qui ont le diabète et qui savent pas toujours les choses. Ça, j'avais senti le besoin de documenter ça (...) au même titre que j'ai aussi fait quelque chose pour la Nitro. »

Une infirmière a indiqué s'être développée un canevas d'entrevue en complémentarité à la fiche d'appel, lequel est inspiré d'une collecte de données utilisée à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine et ressemblant aussi, à la fois, à une évaluation de santé mentale réalisée par les infirmières. Ce canevas d'entrevue lui permettrait, selon ses propos, de colliger de l'information supplémentaire sur des questions bien précises à explorer en lien avec la situation présentée par l'utilisateur, de susciter sa réflexion et ce, dans la perspective de réaliser une bonne intervention. Selon la situation présentée par l'utilisateur, il peut s'agir d'explorer plus en profondeur le risque suicidaire, la consommation de drogues et/ou d'alcool, le rapport avec sa famille, etc.

« (...) un canevas d'entrevue, que je me suis fait avec le temps où des fois là quand j'ai un appel téléphonique, je vais me sortir une copie de cette feuille-là, puis je vais broder dessus, (...) ça me permet à ce moment-là de travailler davantage sur des questions bien précises. C'est une bonne vieille collecte de données que j'avais dans le passé là, que justement, j'ai reformulé les questions dedans et je retravaille des questions encore, au fil des années, j'en rajoute toujours là. Ça fait trois ans. C'est un outil que moi j'utilise personnellement là. (...) Au niveau du téléphone, il n'y a pas d'outil comme tel pour travailler, à part moi, là, qui travaille avec mon propre canevas. (...) Ça ressemble grossièrement à une pré-évaluation infirmière. (...) Moi je vais évaluer... évidemment ça va un peu en continuum avec la fiche d'appel, dans le sens, où exemple: dans les facteurs de risques. Dans les facteurs de risques, c'est sûr, je vais poser toutes les consommations que la personne peut prendre. Quand je parle de consommations, la fiche d'appel évidemment relate l'alcool et la drogue, ok. Mais au-delà de l'alcool et de la drogue, je vais vérifier les consommations de médicaments. Dans le sens, est-ce que la personne surconsomme des médicaments aussi. (...) Au niveau du risque suicidaire, dans le sens où je vais poser des questions beaucoup plus dans le style, est-ce que c'est un risque qui est assumable ? Est-ce c'est un risque qui est... tu sais dans le sens que, c'est des mots clés que je me donne. (...) Ce sont des mots clés pour moi pour me poser des questions justement. Quand je pose des questions à la personne au téléphone, à savoir jusqu'à où je peux aller dans mon intervention. Exemple, bon on va prendre, je ne sais pas là, l'exemple de justement de propos suicidaires. Dans les propos suicidaires, de par les formations que j'ai eues antérieurement, on sait qu'un risque suicidaire, exemple de 0 à 10 (il y a une échelle de gradation), bon, bien, un exemple, dans mon questionnaire à moi, dans mon canevas, je me suis mis : bon est-ce qu'on parle d'un risque imminent, on parle d'un risque assumable, jusqu'à où on peut aller. Fait que moi, ça me porte à réfléchir, à ce moment-là, dans mon canevas à poser des questions plus globales autour de la personne. Comment vous vous sentez par rapport à votre risque suicidaire? (...) Est-ce que vous avez des plans précis? Pourquoi vous avez ce type de plan précis là? Tu sais c'est un peu dans ce style là que je vais poser mes questions. »

Enfin, parmi les autres interventions relatées par les infirmières, mentionnons à nouveau la référence à Info-Santé CLSC ou au CLSC pour des problèmes de santé physique plus complexes ou si l'infirmière du service présente un doute quant à la situation de l'utilisateur; la référence à Urgence-Santé en cas d'urgence et les contacts téléphoniques au pharmacien d'une pharmacie de la communauté sont également mentionnés.

Lorsque nous avons interrogé les infirmières à savoir, si d'autres outils ou ressources pourraient s'avérer utiles pour exercer leur fonction, mis à part des besoins de formation, lesquels seront présentés ultérieurement, deux seuls outils furent identifiés. Soit, en premier lieu, un liste de références les plus souvent utilisés, d'accès et d'utilisation faciles ainsi qu'en deuxième lieu, un cartable organisé regroupant les interventions à poser selon les principaux problèmes de santé physique et situations d'urgence.

• *La perception des infirmières de leur pratique téléphonique*

En fonction de leurs compétences, des outils disponibles ou développés et des demandes des usagers, deux des infirmières rencontrées considèrent leur pratique téléphonique comme étant excellente alors que les deux autres l'estiment bonne et souhaiteraient pouvoir l'améliorer principalement par l'acquisition de connaissances variées par le biais notamment de formation en lien avec les maladies mentales. Parmi les besoins de formation identifiés par les quatre répondantes au cours des entretiens, on retrouve: les conduites addictives en co-morbidité; les nouveaux médicaments utilisés en psychiatrie; les techniques d'entrevue; la relation d'aide et les nouvelles lois ayant une incidence sur leur pratique.

• *La responsabilité professionnelle*

Une importante préoccupation de la part des infirmières s'est dégagée de l'analyse des entrevues à savoir, leur souci à l'effet que le service téléphonique soit de qualité, offert à la bonne personne et au bon moment. À cet égard, il semble bien possible, selon une infirmière rencontrée, que la qualité du service dépende beaucoup de la personne qui le dispense et de sa vision ou, en d'autres termes, que la qualité du service téléphonique soit tributaire des compétences de l'infirmière ou de la personne en fonction au service téléphonique. L'extrait de verbatim suivant illustre très bien la pensée et les préoccupations de cette infirmière.

« Bien c'est-à-dire, ma préoccupation effectivement, c'est de savoir si le service est un service de qualité, à la bonne personne, au bon moment là, mais c'est dans le sens... Oui, des fois j'ai des inquiétudes à ça... est-ce que la personne reçoit toujours le bon service, tout dépendant par qui il est donné... Est-ce qu'on ne perd pas des gens... pas perdre dans le sens qu'ils se suicident, mais dans le sens qu'ils ne réutilisent pas le service parce que dès le premier appel, ils n'ont pas eu (obtenu satisfaction)... (...) tu sais quand même nous autres (des infirmières qui répondent), c'est sûr, on a une vision... nous autres on fait un peu rire de nous autres, parce qu'ils nous disent tout le temps, bon vous autres, c'est sûr les infirmières... (...) pour moi c'est toujours important d'aller valider, bon quand une personne me parle d'un problème, je vais toujours... je bifurque toujours un peu vers le sommeil, l'alimentation, le réseau social. Je sors, là toutes les dimensions de la personne, la « compliance » au traitement, la médication, fait que c'est sûr que tu sais pour eux autres là... Mais sauf que je pense que des fois, c'est utile que ce soit fait, pis des fois je me demande si, y a pas des choses qui glissent (avec certains intervenants de la ligne). S'il y a pas l'analyse, si elle est faite mal, parce qu'on va savoir, je veux dire, tout dépendant de ce que la personne nous dit, ben c'est ça on va aller explorer. Elle va nous parler de quelque chose, pis là, on va y dire : y a-t-il eu un changement de médication dans les derniers temps, ce que d'autres professionnels penseront même pas à demander. C'est dans ce sens-là. Des fois, je me dis, bon peut-être... (...) C'est un petit peu ingrat de dire ça, mais... moi souvent les gens ils vont me dire, si c'est pas toi (qui répond à l'appel), ben j'aime pas bien ça là... tu sais ce que je veux dire... (...) ...tu sais, comme une madame l'autre fois elle me disait, bien en tout cas, elle n'avait pas tort, elle disait, moi me faire dire quand j'appelle et que j'ai de la difficulté à dormir et de me faire dire : Inquiétez-vous pas madame, pis faites-vous une tasse d'eau... de lait chaud, pis allez vous recoucher... Elle a dit : "C'est pas ça que j'avais de besoin ce soir-là. " »

• *L'adéquation perçue par les infirmières entre les conditions de leur pratique, les demandes des usagers et les exigences de leur travail*

Outre les difficultés et les inquiétudes identifiées par les infirmières dans une précédente section, nous traitons cette fois plus spécifiquement des difficultés ciblées par les infirmières ayant trait aux conditions de leur pratique au service téléphonique et ce, pour répondre aux demandes des usagers et aux exigences de leur travail. Certaines sont attribuables à l'environnement de travail, d'autres à l'ambiguïté de la fonction de l'infirmière au service téléphonique ou à son manque de clarté et d'autres encore, à la vision même de la mission du service téléphonique. Comme il sera possible de le constater, plusieurs de ces difficultés sont inter-reliées les unes aux autres.

Parmi les difficultés reliées à l'environnement, certaines infirmières ont mentionné que l'emplacement du service téléphonique, soit dans un bureau à l'entrée même de la ressource, n'était pas des plus favorables pour occuper leur fonction. Elles ont relaté travailler dans un « tourbillon », avec des intervenants discutant autour d'elles, en se faisant poser des questions par les clients hébergés de la ressource, les familles de ces derniers et par les intervenants y travaillant. Les extraits de verbatim suivants illustrent bien cette condition de leur pratique.

« Ce que je trouve le plus dur à la ligne téléphonique, moi c'est ça. Je fais de l'intervention téléphonique et c'est un tourbillon autour là. Des fois des gens nous posent des questions en même temps, ce n'est pas évident. Ça fait qu'il faut être souple, des fois, on aurait intérêt à être dans un endroit plus (isolé)... (...) Souvent la porte du bureau est ouverte et ils (les personnes hébergés à l'Appoint) vont venir cogner. Moi, (...), c'est ça que je trouve le plus difficile. Je suis en intervention téléphonique, pis là il y a un client qui cogne à la porte pour demander quelque chose parce que l'intervenant est déjà en entrevue avec un autre ou l'intervenant... (...) pis les intervenants ont des clients, mais si l'intervenant est en entrevue avec quelqu'un, bien, pis que moi, je suis au téléphone. C'est moi qu'il voit, moi je suis dans le bureau, je suis à la vue, je suis facile, je suis accessible à intervenir. On devrait être dans un bureau en haut ou en bas... »

« ... ce serait préférable que ce soit dans un local fermé (le service téléphonique), pis juste pour ça là (i.e. ne faire que du service téléphonique), c'est sûr que ce serait de beaucoup préférable. (...) de toute façon c'est plate là, mais en plus les deux intervenants sont dans le bureau bien souvent, ils parlent ensemble, pis toi t'es au téléphone, pis t'essayes de suivre une conversation. C'est ça la réalité, les gens (...) vont dire la même chose là, je ne peux pas croire, parce que souvent ils se plaignent, souvent j'entend des... X m'a déjà dit le même commentaire, des fois je suis obligée de mettre sur « GARDE » et leur dire : "Je suis au téléphone là". ... les bruits ambiants, l'emplacement (...). »

L'ambiguïté de la fonction de l'infirmière au service téléphonique ou le manque de clarté associée à cette fonction font partie des difficultés rencontrées et relatées par les infirmières du service. Dans la conception de certaines des infirmières rencontrées, la priorité de l'infirmière au service téléphonique consiste à répondre aux appels téléphoniques des usagers. Cependant, avec le temps, pour divers motifs organisationnels et autres, les infirmières ont relaté avoir été sollicitées pour accomplir d'autres fonctions au sein même de la ressource telles que: monter les piluliers des usagers hébergés; distribuer la médication aux usagers de la ressource; répondre aux questions et faire de l'enseignement aux usagers de la ressource et à leurs familles; servir les repas; effectuer, à l'occasion, de l'accompagnement des usagers de la ressource; prendre certains résidents de la ressource en charge. L'ajout graduel de ces diverses tâches a eu, entre autres, pour conséquence, selon les propos de certaines répondantes, qu'elles ne peuvent se dédier entièrement à leur fonction première.

« Tu sais, fait que là des fois, je ne dis pas que je réponds à tout, mais des fois ça va dépendre de la situation. Mais beaucoup d'enseignement aussi, parce qu'encore là, c'est ça là qu'il faut, c'est notre réalité, souvent on a des gens qui viennent, pis qui ont des problèmes physiques, pis qu'on traite pendant qu'ils sont à l'Appoint. (...) Oui, on a plein de tâches là, à côté là (du service téléphonique), qu'il faut faire. C'est sûr, que la ligne téléphonique, ça c'est une chose. Comme je dis souvent, bon, quand moi je fais des appels, pis ça dure 1/2 heure / 1 heure, pis qu'après ça, je fais la fiche l'appel, pis après ça, c'est... bon... faxer ça à la clinique externe et tout ça. Bien ça me demande un certain temps (...) Parce que c'est sûr, que c'est pas dans ma tâche, ça, faire à manger, sauf que si les gens veulent manger, des fois, j'ai pas bien le choix, parce que... Sinon, on n'a pas des chefs cuisiniers avec nous autres là. »

« Pas sûr que c'est clair (autant pour les personnes hébergées que pour les intervenants de l'Appoint que notre priorité comme infirmière est la ligne téléphonique), je suis pas sûre que c'est clair. »

L'ajout de tâches variées à l'infirmière du service téléphonique — la rendant ainsi moins disponible pour répondre aux appels — ainsi que des décisions organisationnelles ont amenées graduellement, avec le temps, d'autres intervenants et professionnels, notamment des éducateurs spécialisés et une ergothérapeute, à répondre aux appels du service. Nos rencontres avec les divers intervenants de la ressource au cours de l'étude ainsi que les entrevues réalisées auprès des infirmières nous ont permis de constater la présence de deux conceptions ou deux de visions distinctes chez les intervenants du service téléphonique. D'une part, il y a ceux qui croient que tous les intervenants, indépendamment de leur formation respective, sont qualifiés pour répondre au service téléphonique. D'autre part, certains pensent qu'en fonction des objectifs du service et de la nature du travail à effectuer, il s'agit d'un travail nécessitant une formation d'infirmière et qu'il s'avère donc essentiel que ce soit une infirmière qui réponde aux appels. Outre les questions d'ordre pharmacologique et les problèmes de santé physique pour lesquelles tous semblent s'entendre sur la nécessité que ce soit une infirmière pour répondre à ce type d'appel téléphonique, la présence de ces deux conceptions divergentes se retrouve même au sein des infirmières rencontrées.

« Moi, je dirais surtout pour les questions de médication... c'est toujours mieux que ce soit l'infirmière. Comme la dernière fois, une ressource appelle... eux autres, ils voulaient savoir c'est quoi les symptômes de quelqu'un en hypoglycémie ou en hyperglycémie... Parce que la dame (cliente de la ressource) était en diaphorèse, j'ai dit que c'était sûrement de l'hypoglycémie. Donc je ne vois pas vraiment un éducateur pouvant répondre à cela, normalement il n'a pas les informations pour ça. Ou bien ils appellent (intervenants d'une ressource) pour dire qu'une personne avait un médicament à prendre à telle heure, c'est un anxiolytique, elle l'a eu à telle heure... alors on doit le décaler de combien d'heures ? (...) C'est juste des questions de routine mais nous (les infirmières) on est un peu plus approprié parce qu'on donne l'information tout de suite, on n'a pas à aller lire, à aller voir dans le CPS... on le sait, on le sait... »

« Tu sais comme on parle d'une composante médicamenteuse, mais pour le reste dans la résolution de problèmes ou quoi que ce soit, je pense qu'un éducateur peut aussi bien répondre, je veux dire... Moi, tant qu'à moi, en psychiatrie, c'est pas le type d'emploi qui est important, tu sais, tant qu'à moi, c'est le savoir-être. Le savoir-être, c'est là-dessus. Je veux dire, c'est sûr que lorsqu'on touche des spécifications bien précises, entre autres, la médication, oui, là ça prend une infirmière. Je pense que d'aider son prochain, tant qu'à moi, ça peut être n'importe quel type d'emploi-là. Je veux dire, si tu rentres dans une clinique, pis je me suis toujours un peu battue à travers ça, à travers le corporatif comme tel, parce que justement il y a une dimension là-dessus qu'il faut faire attention aussi. Puis je veux dire qu'une infirmière peut aussi bien faire le travail d'un travailleur social. (...) Moi, je pense pas (que ça prend une formation particulière ou d'infirmière pour répondre à la ligne). »

Enfin, des facteurs tels que l'emplacement du service téléphonique au sein d'un centre de crise comme L'Appoint où des personnes sont hébergées; le manque de clarté quant aux qualifications des personnes pouvant répondre au service; l'ajout de diverses tâches aux infirmières qui, à l'origine, avaient pour fonction première de répondre au service téléphonique et la conception du service par les responsables de la ressource, laquelle est naturellement influencée par leur discipline respective, ont été identifiés par certaines des infirmières rencontrées à titre de facteurs ayant contribué à faire « dévier » le service de ses objectifs d'origines. Les extraits de verbatim qui suivent illustrent très bien certains de ces facteurs.

« Est-ce que la ligne serait plus... je n'ai pas le terme... performante, de qualité, répondrait plus à sa vocation première, si elle était complètement séparée ? Ça, j'en suis profondément convaincue. J'en suis profondément convaincue, parce que, comme je disais au début, moi même, c'est ça là, là je parle pour moi, en tout cas, moi j'ai été déçue, d'une certaine façon, parce que moi au début, pour moi la ligne téléphonique, c'était une ligne oui, écoute et support aux ressources, mais c'était pas une ligne d'hébergement et c'est rendu plus ça, maintenant. C'est, comme, c'est plus la facilité. C'est comme la personne appelle... s'il y a de la place sur le tableau (tableau indicateur des places disponibles pour un hébergement à l'Appoint), ben venez-vous en, y a pas de problème. Pis on verra après. Moi, j'aime mieux essayer de voir, de laisser la personne chez elle le plus possible, surtout maintenant qu'elle peut avoir accès à la ligne 24 heures sur 24, alors, si ça va pas bien, que ce soit la nuit ou le jour, elle peut appeler. C'est pas comme si... ce n'est pas une question de fermer la porte. La porte est jamais fermée, mais de laisser à la personne cette autonomie-là... Parce que pour moi, ça fait partie du processus de guérison, d'être capable de rester chez soi, même quand ça va pas bien. »

« Je pense que j'aimerais ça beaucoup que ça (la ligne) retrouve un peu la vraie fonction que ça devait avoir au début là et pas dans les sens... parce que la ressource elle est utile. L'Appoint c'est un service utile, mais si ça serait clairement défini que l'Appoint c'est l'Appoint et la ligne c'est la ligne, mais en tout cas, ce serait... pour moi ça serait même une très bonne chose. Ça serait pas, comment je dirais ça, ça serait pas dédoubler des services, au contraire (...) La ligne téléphonique est gobée par la ressource, la ressource : je parle hébergement/Appoint. Elle est vraiment gobée pour moi là, je le vois comme ça, si elle serait séparée, elle aurait sa vraie fonction. Elle pourrait être... Et là ça pourrait être encore plus là, bonifié au niveau de la relation d'aide et non pas... et je ne veux pas créer une ligne d'écoute, il y en a plein, pis la preuve qu'ils sont utiles, c'est qu'il y a une certaine clientèle qui vont les utiliser, mais quand on les réfère là, ils ne nous rappellent plus nous, parce que cela a répondu à leur besoin. Ils comprennent, que nous on est pas une ligne d'écoute. »

5.2 Présentation du volet quantitatif

Tel que décrit au chapitre de la méthode, ce volet quantitatif comporte deux parties, l'une portant sur les fiches d'appel remplies par le personnel lors de tout contact téléphonique, l'autre sur l'évaluation de la satisfaction des personnes ayant appelé au service téléphonique *Information et référence en santé mentale*, installé au centre de crise L'Appoint. Afin de bien comprendre les résultats qui suivent, il importe d'abord de préciser quelques termes.

Appels : Chaque unité nommée « appel » représente un contact effectué auprès du service téléphonique lors d'un quart de travail donné. Cependant si une même personne a contacté le service téléphonique plusieurs fois lors d'un même quart, ces différents contacts sont regroupés en un seul appel, puisque souvent le sujet discuté est le même. Par contre, si une personne a logé plusieurs appels lors de quarts de travail ou journées différents, ils sont comptés comme des appels différents, même si le sujet peut sembler le même.

Usager : Il s'agit de la personne qui a effectué l'appel comme tel. Ces usagers peuvent être divisés en trois catégories :

- **Les clients :** Ceux qui appellent pour eux-mêmes, i.e. des personnes ayant un problème quelconque auquel le service téléphonique peut répondre.
- **Les usagers-aidants :** Ceux qui appellent pour quelqu'un d'autre : il peut s'agir d'un parent ou ami qui appelle pour un proche dans le besoin.
- **Les usagers-intervenants :** Ceux qui contactent le service pour un renseignement, une référence, une demande d'hébergement ou autre. Il s'agit d'usagers constituant le réseau formel d'une personne suivie en santé mentale.

5.2.1 La description des fiches d'appels

En tout, 628 appels ont été reçus au cours d'une période d'un peu plus de trois mois, soit du 1er octobre 2001 au 7 janvier 2002. Le tableau 1 décrit la distribution de ces appels. Ainsi, on constate que les appels au service téléphonique se font majoritairement le soir, alors qu'on dénombre relativement moins d'appels le jour. Environ 40 % des intervenants qui ont répondu à ces appels sont des infirmières, 40 % des éducatrices spécialisées et 15 % des ergothérapeutes. Bien que le lundi semble être une journée plus achalandée quant aux appels reçus, la distribution des appels apparaît assez semblable d'une journée à l'autre. Enfin, on note que les appels sont en général plutôt courts, soit de moins de 20 minutes dans la plupart des cas.

• **Tableau 1. Caractéristiques des intervenants et des appels (n=627)**

Variable	%
Profession de l'intervenant	
infirmière	41,9
éducateur spécialisé	41,5
infirmière auxiliaire	14,8
ergothérapeute	1,6
Stagiaire soins infirmiers	,2
Total	100,0
Quart de travail	
Nuit	33,4
Jour	24,4
Soir	42,2
Total	100,0
Jour de l'appel	
Lundi	16,1
Mardi	12,3
Mercredi	15,0
Jeudi	14,2
Vendredi	14,7
Samedi	14,7
Dimanche	13,1
Total	100,0
Durée de l'appel (n=616)	
10 minutes et moins	45,5
11 à 20 minutes	31,7
21 à 30 minutes	14,8
Plus de 30 minutes	8,1
Total	100,0

Le tableau 2 décrit l'âge et le sexe des usagers, et les distingue selon qu'il s'agit de clients, d'intervenants ou d'aidants. Cette distinction est nécessaire car, tel que décrit dans ce tableau, plus de 10 % des usagers le font pour quelqu'un d'autre. Il appert que ce sont majoritairement des femmes qui utilisent le service téléphonique et ce, autant pour les usagers aidants ou intervenants que pour les clients concernés. Les proportions de femmes sont semblables, représentant près de deux tiers des appels. Pour ce qui est de l'âge, le tableau révèle que les personnes âgées entre 25 et 44 ans représentent plus de la moitié des usagers et des usagers concernés par l'appel. Toutefois, il semble que ces derniers comptent plus de personnes de moins de 24 ans, bien qu'il faille être prudent avec ce dernier groupe car ils sont relativement peu nombreux.

• **Tableau 2. Caractéristiques des usagers (n=627)**

Variable	%
Type d'utilisateur	
Usager-client	89,2
Usager-intervenant	5,6
Usager-aidant	5,3
Total	100,0
Sexe des usagers (n=627)	
Féminin	63,8
Masculin	36,2
Total	100,0
Sexe des usagers (intervenant ou aidant) (n=58)	
Féminin	65,5
Masculin	34,5
Total	100,0
Âge des usagers (n=530)	
18 à 24 ans	5,8
25 à 34 ans	29,4
35 à 44 ans	30,4
45 à 54 ans	24,9
55 à 64 ans	9,4
Total	100,0
Âge des usagers (intervenant ou aidant) (n=52)	
Moins de 18 ans	1,9
18 à 24 ans	13,5
25 à 34 ans	23,1
35 à 44 ans	26,9
45 à 54 ans	23,1
55 à 64 ans	11,5
Total	100,0

Le tableau 3 décrit le milieu de vie de l'utilisateur et le suivi dont il bénéficie. La plupart des appels reçus des usagers proviennent de personnes vivant en appartement de façon autonome. On constate enfin que les deux tiers des appels concernent un usager de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, et 20 %, ceux d'autres hôpitaux tels Maisonneuve-Rosemont et le CHUM.

• **Tableau 3. Milieux de vie et lieux de suivi des usagers**

Variable	%
Milieux de vie (n=611)	
Appartement autonome	58,8
Appartement supervisé	11,3
Avec des parents	11,3
Sans domicile fixe	1,1
Résidence d'accueil	2,3
Autre	4,3
Ne s'applique pas	11,0
Total	100,0
Lieux du suivi (n=621)	
HLHL	68,8
HMR	15,5
CHUM	5,8
Autre	5,5
Non suivi	1,4
Ne s'applique pas	3,1
Total	100,0

Tel que décrit au chapitre de la méthode, la fiche d'appel permettait de documenter le type de demandes acheminées par les usagers, les facteurs de risque, la nature des problèmes de soins, le(s) type(s) d'intervention(s) réalisée(s) par les intervenants et l'évaluation de la perception de l'intervenant quant à l'efficacité de son intervention téléphonique. Le tableau 4 décrit les besoins exprimés par les usagers, tels que rapportés par les intervenants dans les fiches d'appels du service téléphonique. Ainsi, il ressort que le besoin exprimé le plus fréquemment est celui d'être écouté, près de la moitié des usagers l'ayant mentionné. Le besoin d'être aidé pour travailler sur une difficulté, avec 27 %, et celui d'être dirigé vers une ressource, avec 10 %, suivent dans les besoins les plus fréquents.

• **Tableau 4. Besoins exprimés par les usagers (n=626)**

Variable	%
Écouté(e) attentivement	44,2
Aidé(e) pour travailler sur une difficulté particulière	27,0
Dirigé(e) vers une ressource	10,7
Soutenu(e), supporté(e), encouragé(e), rassuré(e)	8,0
Informé(e), renseigné(e)	7,3
Autre	2,7
Total	100,0

Les situations de soins primaires les plus fréquemment identifiées (Tableau 5), sont les stratégies d'adaptation inefficaces chez plus du tiers des usagers. Toutefois, on constate que l'anxiété suit de près avec 28 %. De plus, lorsqu'on additionne cette proportion avec celle où cette situation de soins a été identifiée comme secondaire, il appert que plus de la moitié des usagers présentent de l'anxiété. Enfin, les intervenants ont relevé de l'isolement social chez près du quart des usagers. Ces résultats permettent de percevoir l'importance des besoins de la clientèle.

• **Tableau 5. Situations de soins primaires (n=521) et secondaires (n=52) identifiées au moyen de la fiche téléphonique**

Variable	primaire %	secondaire %
Stratégies d'adaptation individuelle inefficaces	34,7	7,7
Anxiété	28,4	30,8
Perturbation des habitudes de sommeil	5,8	7,7
Isolement social	3,8	21,2
Prise en charge inefficace du programme thérapeutique	3,1	11,5
Risque élevé de violence envers soi ou envers les autres	3,1	1,9
Perturbation de l'estime de soi	18,4	13,5
Autre	2,7	5,8
Total	100,0	100,0

Relativement aux situations de soins primaires et secondaires énoncées plus haut, les intervenants recevant l'appel ont identifié des facteurs de risques qui influent sur la situation (Tableau 6). Ainsi, on identifie principalement de l'agressivité actuelle envers soi dans près du tiers des facteurs identifiés, auxquels s'ajoutent l'agressivité actuelle envers les autres (14 %), l'agressivité antérieure envers soi (10 %) et les autres types d'agressivité, par exemple envers les objets (6 %). Par ailleurs, on constate la présence d'une problématique de santé physique dans 17 % des facteurs identifiés et la consommation actuelle de drogue ou d'alcool dans 16 % des cas.

• **Tableau 6. Facteurs de risque identifiés au moyen de la fiche téléphonique (n=138)**

Variabes	%
Agressivité actuelle envers soi: Propos suicidaires	27,7
Problématique physique actuelle	16,7
Consommation actuelle alcool/drogue	15,9
Agressivité actuelle envers les autres	14,5
Agressivité antérieure envers soi: Propos suicidaires	10,1
Autre type d'agressivité antérieure ou actuelle	6,5
Consommation antérieure alcool/drogue	3,6
Autre	2,9
Total	100,0

Le tableau 7 décrit les interventions effectuées par les intervenants au cours de l'appel, face aux besoins des usagers identifiés précédemment. Il ressort que, au total des interventions, l'écoute est la plus fréquemment mentionnée, soit dans près de 80 % des cas où plusieurs interventions ont été nommées et constitue souvent la première intervention. Le soutien et la référence sont souvent les interventions mises en place par la suite, soit dans près des deux tiers des cas. Vient ensuite le recadrage, auprès de près de la moitié des usagers.

• **Tableau 7. Interventions réalisées par les intervenants au cours des appels**

Variable	Intervention 1 (n=626)	Intervention 2 (n=447)	Intervention 3 (n=164)	Total
	%	%	%	%
Écoute	49,7	24,2	6,7	80,5
Soutien	7,8	34,2	20,7	62,8
Référence	15,7	15,2	30,5	61,4
Recadrage	9,9	11,4	25,0	46,3
Information	8,8	6,0	2,4	17,3
Résolution de problèmes	3,2	3,1	5,5	11,8
Enseignement	0,6	0,2	1,2	2,8
Autre	4,3	5,6	7,9	17,8
Total	100,0	100,0	100,0	300,0*

* Il est à noter que ce pourcentage est supérieur à 100% car les intervenants pouvaient nommer plusieurs interventions réalisées lors d'un même appel.

Enfin, le tableau 8 décrit les perceptions des intervenants relativement à l'efficacité de leur intervention auprès de l'utilisateur. Ainsi, près de 70 % des intervenants ont perçu leur intervention comme efficace et 17 % croyaient qu'elle l'était, mais n'en étaient pas tout à fait certains. Un peu plus de 9 % ont considéré que la question ne s'appliquait pas; il s'agit de situations où l'utilisateur le faisait pour quelqu'un d'autre, en tant que professionnel de la santé ou de proche du client concerné.

• **Tableau 8. Perception des intervenants quant à l'efficacité de leur intervention (n=627)**

Perception	%
Oui	69,8
Peut-être, mais incertain	16,8
Non	4,0
Ne s'applique pas	9,4
Total	100,0

Il ressort donc de ce volet que les appels se font principalement le soir, majoritairement par des femmes et que le besoin relevé par les intervenants le plus fréquemment était celui d'être écouté. Les intervenants identifient le plus souvent comme situation de soins les stratégies d'adaptation inefficaces et l'anxiété et comme facteurs de risque impliqués, différentes formes d'agressivité. Enfin, les intervenants perçoivent que leurs interventions, qui sont principalement l'écoute, le soutien et la référence, sont efficaces. La section suivante permettra de vérifier la perception des usagers.

5.2.2 L'évaluation de la satisfaction des usagers

La présente section porte, tel que décrit dans la méthode, sur un échantillon aléatoire d'usagers, soit 152 personnes sélectionnées à partir des 628 appels reçus lors de la période de collecte de données, lesquelles peuvent avoir appelé plus d'une fois. Toutefois, de ce nombre, 112 personnes différentes ont fait appel au service téléphonique. Le tableau 9 décrit les principales caractéristiques des appels de cette section. On constate que les appels sélectionnés sont semblables à ceux de l'ensemble des appels quant au quart de travail, au jour et à la durée de l'appel. Les caractéristiques des usagers, décrites au tableau 10, se distribuent de façon comparable à celles de l'ensemble des appels présentés au tableau 2.

• **Tableau 9. Caractéristiques des appels du volet satisfaction. (n=152)**

Variables	%
Quart de travail	
nuit	33,1
jour	21,9
soir	45,0
Total	100,0
Jour de l'appel	
lundi	15,1
mardi	10,5
mercredi	13,2
jeudi	15,8
vendredi	17,1
samedi	13,8
dimanche	14,5
Total	100,0
Durée de l'appel	
10 minutes et moins	45,5
11 à 20 minutes	31,7
21 à 30 minutes	14,8
plus de 30 minutes	8,1
Total	100,0

• **Tableau 10. Caractéristiques des usagers (n=152)**

	%
Type d'usagers	
Usager-client	82,9
Usager-intervenant	9,9
Usager-aidant	7,2
Total	100,0
Sexe de l'utilisateur	
Féminin	67,1
Masculin	32,9
Total	100,0
Type de milieu de vie	
Appartement autonome	57,1
Appartement supervisé	12,2
Avec des parents	9,5
RA	0,7
Autre	2,7
Ne s'applique pas	17,7
Total	100,0

Un peu plus du quart des usagers ont effectué une démarche préalable avant de rejoindre le service téléphonique *Information référence en santé mentale* (Tableau 11). Il ressort que les usagers avaient consulté surtout une infirmière de l'urgence, un travailleur social, un médecin de la clinique externe de l'hôpital Louis-H. Lafontaine ou un service d'écoute telle Info-santé. La catégorie « autre » se compose de ressources variées telles un ami, un médecin ou psychiatre n'entrant pas dans les catégories prédéfinies, une téléphoniste de Bell ou autre réceptionniste, des intervenants de diverses ressources, etc. Les principaux motifs pour appeler le service téléphonique après avoir contacté une autre ressource était surtout dû à une insatisfaction en regard du service reçu et parce que la ressource préalablement appelée leur avait conseillé de le faire.

• **Tableau 11. Appels préalables**

Variables	%
Appel à autre ressource avant (n=151)	
Non	72,2
Oui	27,8
Total	100,0
Professionnels ou ressources consultés (n=41)	
Infirmière urgence	14,6
Un travailleur social	14,6
Médecin de la clinique externe de hôpital	12,2
Info-santé ou service écoute	12,2
Infirmière de l'unité ou clinique externe	9,8
Une infirmière du CLSC	4,9
Médecin urgence	2,4
Ressource alternative ou médecine douce	2,4
Autre	26,8
Total	100,0
Motif (n=41)	
J'étais insatisfait du service reçu	29,3
La ressource consultée m'avait conseillé de le faire	22,0
Besoin de compléter l'information	14,6
Je ne me souvenais pas des conseils reçus	2,4
Le problème avait changé ou évolué	2,4
Autre	29,3
Total	100,0

Le tableau 12 décrit quelques aspects reliés à l'accessibilité du service téléphonique. Ainsi, les usagers considèrent presque unanimement ne pas avoir eu de difficulté à trouver le numéro, qui leur avait été le plus souvent fourni par une ressource du réseau. De façon un peu moins fréquente, ce numéro était déjà en la possession de l'utilisateur ou avait été donné par un intervenant SIM. Le service semble aussi très accessible puisque les usagers n'ont généralement pas eu à composer le numéro plus d'une fois et ils ont trouvé le délai acceptable lorsqu'il y en avait.

• **Tableau 12. Facilité d'accès au service téléphonique**

Variables	%
Difficulté à trouver le numéro de téléphone (n=151)	
Non	96,7
Oui	3,3
Total	100,0
Provenance du numéro (n=152)	
Ressource	23,7
L'avait en sa possession	15,8
Intervenant SIM	12,5
Infirmière	7,2
Travailleur social	7,2
Ami ou connaissance	3,3
Médecin ou psychiatre	1,3
Non répondu	28,9
Total	100,0
Composé plusieurs fois le numéro (n=151)	
Non	95,4
Oui	4,6
Total	100,0
Délai acceptable (n=150)	
Oui	98,0
Non	2,0
Total	100,0

En ce qui concerne la relation avec l'intervenant (Tableau 13), il parlait la langue de l'utilisateur dans presque tous les cas et ce dernier affirme qu'on a généralement bien compris son problème ou sa question. Seulement 10 % des usagers perçoivent avoir été peu ou pas du tout compris. Par ailleurs, le langage de l'intervenant a été considéré comme très clair dans la grande majorité des cas et les conseils ou réponses aux questions ont été perçus comme très faciles à comprendre. Enfin, de façon presque unanime, on estime que l'intervenant a été assez ou très poli et courtois.

• **Tableau 13. Relation interpersonnelle avec l'intervenant**

Variables	%
L'intervenant parle langue (n=150)	
Oui	98,7
Non	0,7
Ne sait pas	0,7
Total	100,0
Compréhension (n=149)	
Très bien compris	83,2
Assez bien compris	6,7
Peu compris	5,4
Pas du tout compris	4,7
Total	100,0
Langage clair (n=149)	
Très clairs	88,6
Assez clairs	4,7
Peu clairs	2,7
Pas clairs du tout	4,0
Total	100,0
Facilité de compréhension des conseils de l'intervenant (n=149)	
Très faciles à comprendre	89,9
Assez faciles à comprendre	3,4
Un peu difficiles à comprendre	2,7
Très difficiles à comprendre	2,7
Nsp	1,4
Total	100,0
Politesse (n=148)	
Très poli(e) (courtois(e))	89,9
Assez poli(e) (courtois(e))	8,1
Peu poli(e) (peu courtois(e))	2,0
Total	100,0

Le tableau 14 décrit certains aspects des besoins de l'utilisateur et de l'efficacité des réponses apportées par l'intervenant. Ainsi, le plus grand besoin identifié par l'utilisateur était d'être écouté attentivement pour près de la moitié des répondants au questionnaire sur la satisfaction, suivi par le besoin d'être aidé à travailler sur une difficulté particulière et d'être soutenu, supporté, encouragé ou rassuré. Relativement à ces besoins, les usagers estiment que la réponse de l'intervenant était très utile dans plus de 75 % des cas et 80 % perçoivent que l'intervention les aide beaucoup. Les deux tiers évaluent que la réponse de l'intervenant avait entraîné chez eux une baisse d'anxiété. Toutefois, il faut noter que 20 % des usagers ont dit que la question ne s'appliquait pas à eux. Rappelons à cet effet, que près de 10 % des répondants étaient des professionnels qui appelaient concernant un client.

• **Tableau 14. Efficacité des réponses**

Variables	%
Plus grand besoin de l'utilisateur (n=149)	
écouté(e) attentivement	45,0
aidé(e) pour travailler sur une difficulté particulière	25,5
soutenu(e), supporté(e), encouragé(e), rassuré(e)	13,4
informé(e), renseigné(e)	4,7
dirigé(e) vers une ressource	4,7
Autre	6,7
Total	100,0
Utilité des réponses (n=148)	
Très utiles	76,4
Assez utiles	12,2
Peu utiles	6,8
Inutiles	4,7
Total	100,0
Aide dans choix des solutions (n=146)	
Beaucoup	80,8
Assez	7,5
Peu	4,1
Pas du tout	7,5
Total	100,0
Changement dans l'inquiétude (n=147)	
Augmente l'inquiétude	6,1
Diminution de l'inquiétude	65,3
Ni augmentation, ni diminution	6,1
Ne s'applique pas	20,4
Ne sait pas ou pas de réponse	2,0
Total	100,0

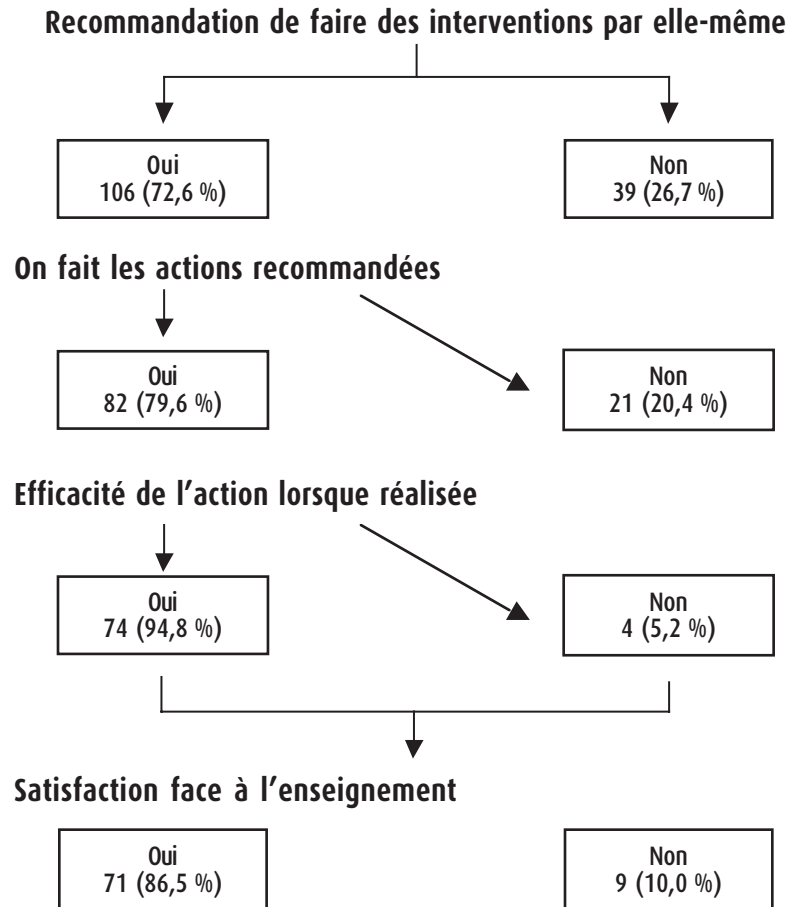
Le tableau 15 décrit les recommandations de l'intervenant à l'effet que l'utilisateur devrait contacter une autre ressource, ce qui s'est produit dans 42 % des cas. Le principal type de ressource auquel l'intervenant a référé le client est une ressource communautaire pour un tiers des références, suivie d'un autre intervenant ou intervenant SIM. Viennent ensuite des références à l'urgence, à un médecin ou psychiatre puis à un travailleur social ou psychologue. L'urgence de la recommandation se répartit presque également entre les trois possibilités de réponses, soit de consulter immédiatement, de consulter dans un court délai ou de consulter si la situation se détériore. Les deux tiers des clients ont suivi la recommandation de consulter. Ceux qui n'ont pas consulté se sont abstenus de le faire surtout parce que le problème se serait réglé par lui-même ou parce qu'ils ne faisaient pas confiance à la ressource recommandée. Toutefois, on constate que quelques clients ont consulté une ressource même si on ne leur avait pas fait de recommandation à cet effet. Les principales raisons pour cette action sont que le client ne faisait pas confiance aux informations données, était très inquiet ou que le problème s'était détérioré par la suite. À cet effet, ils ont consulté surtout un psychiatre ($n=4$), suivi d'une variété d'autres intervenants (travailleurs social, infirmière, policier). Enfin, près des trois quarts des usagers pour qui l'on a recommandé une autre ressource et qui ont suivi ce conseil ont trouvé l'intervention de cette dernière peu ou pas du tout efficace. Il faut souligner que les statistiques de ce tableau impliquent souvent peu de personnes. Par exemple, seulement 14 personnes ont répondu à la question sur l'efficacité de la ressource consultée.

• **Tableau 15. Recommandations de l'intervenant**

Variables	%
Recommandation de consulter une ressource (n=146)	
Oui	42,5
Non	57,5
Total	100,0
Ressource recommandée (n=62)	
Ressource communautaire	32,3
Intervenant ou intervenant SIM	16,1
Urgence	11,3
Médecin ou psychiatre	11,3
Travailleur social ou psychologue	11,3
Équipe traitante	9,7
Autre	8,1
Total	100,0
Délai ou condition émise pour consulter ressource (n=63)	
consulter immédiatement	31,3
consulter dans un court délai de quelques heures	31,4
consulter seulement si la situation se détériore	37,3
Total	100,0
Ressource consultée dans délai recommandé (n=61)	
Oui	65,9
Non	34,1
Total	100,0
Ressource consultée même si pas de recommandation	
Oui	12,7
Non	87,3
Total	100,0
Efficacité de l'intervention par la ressource recommandée (n=14)	
Très efficace	7,0
Assez efficace	14,1
Peu efficace	35,2
Pas du tout efficace	36,6
Ne sait pas	7,0
Total	100,0

Pour près de trois quarts des appels (Figure 1), l'intervenant a suggéré des interventions que l'utilisateur pouvait faire par lui-même. Une majorité a mis en application cette recommandation, soit plus de 80 % des usagers. Les principales raisons pour ne pas avoir mis en pratique les interventions recommandées relèvent surtout du fait de ne pas avoir confiance aux conseils ($n=4$) et que la situation s'était compliquée ($n=2$); toutefois les nombres étaient très petits. Parmi les personnes ayant réalisé les actions recommandées, soit près de 80 % de ceux ayant reçu un tel conseil, la grande majorité considère que l'action a été efficace. Enfin, suite à cet échange, il ressort que plus de 85 % ont trouvé que l'enseignement avait été très ou assez satisfaisant.

- **Figure 1. Description du cheminement relativement à des recommandations aux usagers de faire des actions par eux-mêmes**



De façon générale, tel que présenté au tableau 16, la plupart des répondants se disent satisfaits de l'aide reçue. Ainsi, 85 % d'entre eux considèrent que l'appel a été utile, 89 % se sont dits assez ou très satisfaits du soutien reçu et 88 % sont satisfaits de l'écoute obtenue lors de l'appel. Enfin, 68 % des répondants savaient à quel type de profession appartenait l'intervenant auquel ils s'adressaient.

• **Tableau 16. Autres variables liées à la satisfaction (n=147).**

Variables	%
Considère l'appel utile	
Très	66,0
Assez	19,0
Peu	4,1
Pas du tout	10,2
NSP	0,7
Total	100,0
Satisfait du soutien reçu	
Très	71,4
Assez	16,3
Peu	6,8
Pas du tout	4,8
NSP	0,7
Total	100,0
Satisfait de la qualité de l'écoute	
Très	73,5
Assez	15,0
Peu	6,1
Pas du tout	5,4
Total	100,0
Savait à quel type de professionnel elle s'adressait	
Oui	68,0
Non	17,0
9,00 NSP	15,0
Total	100,0

Le tableau 17 décrit quelques avantages du service téléphonique. D'abord on constate que plus de 70 % des répondants auraient dû faire appel à une autre ressource si le service téléphonique n'avait pas existé. Par ailleurs, le tableau indique que les usagers voient plusieurs avantages à utiliser le service téléphonique. Aussi, 93,6 % des répondants disent qu'ils vont probablement ou certainement faire de nouveau appel au service téléphonique si un autre problème survenait. Enfin, il faut noter que près des deux tiers des usagers considèrent que l'utilisation du service leur fait économiser de l'argent.

• **Tableau 17. Avantages du service téléphonique (n=149)**

Variables	%
Auraient fait appel à autre service si le service téléphonique n'existait pas (n=147)	
Certainement	71,2
Probablement	19,0
Probablement pas	1,9
NSP ou NRP	7,9
Total	100,0
Avantages	
	%
Accessibilité facile	100,0
Avoir une réponse immédiate	99,3
Service disponible 24 heures sur 24	98,7
Parler à un professionnel	98,7
Avoir plus de temps pour exposer problème	95,3
Éviter les déplacements	95,3
Service personnalisé	95,3
Compétence des intervenants	94,6
Avoir plus d'informations sur le problème et les solutions	94,0
Savoir s'il faut aller à urgence	73,2
Économiser de l'argent	62,4

Il ressort donc de cette section que les caractéristiques des usagers choisis aléatoirement pour ce volet se révèlent assez semblables à l'ensemble des appels décrits à la première section de ce chapitre. On constate aussi que le service est perçu comme très accessible, que la relation avec les intervenants est facile et que l'on est généralement très satisfait des interventions réalisées par les intervenants.

6. Discussion

Ce chapitre de la discussion a pour but de mettre en relief les principaux résultats de cette étude permettant de répondre aux questions de recherche et d'évaluer le fonctionnement et l'atteinte des objectifs du service téléphonique infirmier : *Information et référence en santé mentale*. En premier lieu, nous commenterons certaines données visant à caractériser le service téléphonique et son contexte d'utilisation. Nous discuterons, en second lieu, des principaux constats qui se dégagent des questions de recherche en mettant en relation les données qualitatives et quantitatives et en référant à certaines observations qui se dégagent des écrits scientifiques. Enfin, la contribution de cette étude sera discutée et complétée par la proposition de recommandations notamment au plan de la pratique, de la formation et de la recherche en sciences infirmières.

6.1 Caractéristiques de la clientèle du service téléphonique : *Information référence en santé mentale*

Le service téléphonique présente certaines caractéristiques distinctives lorsqu'on le compare avec d'autres services semblables, telle le service Info-Santé des CLSC ayant fait l'objet d'une évaluation lors d'une étude réalisée par Hagan et Garon (1998, 2000). Ainsi, on constate que le service téléphonique compte, parmi sa clientèle, environ 11 % de personnes appelant pour une tierce personne, dont moins de 6 % sont des aidants et 5 % des intervenants (voir définitions au chapitre 6). Or, le service Info-Santé (Hagan, 1998) compte plutôt près de 53 % de personnes qui appellent pour une tierce personne. Toutefois, cette dernière étude ne précise pas la proportion d'appelants² qui sont des intervenants. De plus, on note aussi une différence quant au sexe de l'appelant, toutes catégories confondues, le service téléphonique comptant 64 % d'utilisateurs de sexe féminin, alors que l'étude d'Info-Santé en rapporte 85 %. Par ailleurs, une recherche concernant un service téléphonique, implantée en Australie, destinée aux personnes suicidaires (Barber, Blackman, Talbot, & Saebel, 2004) a dénombré un nombre égal d'hommes et de femmes ayant recours à ce service au cours d'une période de six mois. On peut émettre l'hypothèse à l'effet que, lorsqu'il s'agit de rechercher de l'aide pour des problèmes de santé mentale, les personnes le font davantage pour elles-mêmes, ce qui pourrait en partie expliquer la proportion un peu plus élevée d'utilisateurs de sexe masculin dans la présente étude. Toutefois, que ce soit dans le domaine de la santé mentale ou physique, il est reconnu que ce sont les femmes qui jouent le plus souvent le rôle d'aidant naturel, ce qui les amène à recourir plus fréquemment à ce type de service pour un proche ou encore, pour un membre de leur famille (Ricard, Fortin, Bonin, 1995).

En raison de ses objectifs spécifiques liés à la santé mentale, le service téléphonique présente d'autres caractéristiques qui le distinguent du service Info-Santé CLSC, notamment quant au moment d'utilisation et aux motifs des appels. Ainsi, un tiers des appels se font la nuit et 42 % le soir alors que, dans l'étude de Hagan *et al.*, une faible minorité d'appels ont lieu la nuit (11 %). Cependant, il est difficile de comparer les appels qui ont lieu durant la soirée en raison d'un

2. Dans cette recherche, Hagan utilise le terme d'« appelants » pour référer aux utilisateurs du service.

découpage différent des périodes horaires dans les deux études. Les raisons d'appels s'avèrent aussi fort différentes : alors que ceux d'Info-Santé portent à 95 % sur des problèmes de santé physique, ceux du service téléphonique concernent majoritairement des problématiques psychologiques telles que : l'anxiété (58 %), les stratégies d'adaptation individuelles inefficaces (42 %) et la perturbation de l'estime de soi (30 %). De plus, les facteurs de risque identifiés par les infirmières lors des appels concernent principalement des propos suicidaires antérieurs ou actuels chez plus du tiers des usagers, des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue chez près de 20 % des usagers et de santé physique chez 17 % de ces derniers. Enfin, une autre caractéristique à souligner concerne la durée moyenne des appels. Ainsi, dans l'étude de Huber et Blanchfield (1999), la moitié des interventions durent moins de cinq minutes et seulement 6 % se prolongent au-delà de 20 minutes. Or, dans la présente étude, près du tiers des interventions durent entre 11 et 20 minutes et près du quart se prolongent au-delà de 20 minutes.

On peut donc penser que le service téléphonique joue un rôle primordial, en aidant les personnes aux prises avec des problèmes de nature psychologique à des moments où les ressources en santé mentale sont peu disponibles. L'accessibilité à un tel service téléphonique est d'autant plus importante que plusieurs problèmes de santé mentale tels que l'anxiété et la dépression présentent des périodes d'exacerbation ou paroxystiques le soir ou la nuit.

6.2 Principaux constats permettant de répondre aux questions de recherche

Deux sources de données permettent de décrire la nature de l'aide apportée par les infirmières dans le service téléphonique soit l'analyse de leurs propos lors des entrevues et les données enregistrées, à chacun des appels reçus, sur la fiche d'appel téléphonique. Il est aussi intéressant de mettre en relation ces résultats avec certaines données obtenues par le biais de l'enquête de satisfaction réalisée auprès d'utilisateurs du service téléphonique. La mise en relation de ces résultats permet ainsi de les confirmer ou de mieux faire ressortir leur signification.

6.2.1 La nature de l'aide apportée par les infirmières impliquées dans le service téléphonique

De façon générale, les infirmières définissent leur intervention au service téléphonique comme une démarche globale de relation d'aide qui va au-delà des seules fonctions d'écoute et de référence. En effet, le service téléphonique exige une évaluation rigoureuse de la condition de l'utilisateur pour être en mesure d'offrir une variété d'interventions qui ont été classifiées en six catégories et selon leur fréquence d'utilisation soit : l'écoute, le soutien, la référence, le recadrage, l'information/enseignement et la résolution de problème. Ces divers types d'interventions rejoignent celles identifiées par certains auteurs (Blanchfield, Schwarzentraub & Reisinger, 1997) qui soulignent également que les soins infirmiers dans le cadre d'un service téléphonique couvrent un vaste éventail de pratiques et sont du même ordre que celles effectuées lors de contact en personne. De plus, ces perceptions, quant à la nature de l'aide apportée par les infirmières, rejoignent ce que préconise l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (2004) en regard de la relation infirmière client dans un contexte de télépratique. On y souligne notamment « que l'infirmière active en télépratique établit une relation thérapeutique infirmière-client en se fondant sur la démarche infirmière, qui comprend l'évaluation du client, la planification, la mise en œuvre - par la prestation d'information et de services d'aiguillage, l'éducation et de soutien — l'évaluation et la documentation » (p.1).

L'écoute occupe la part la plus importante des interventions infirmières et représente plus de 80 % des interventions réalisées lors des appels; elle semble remplir deux fonctions importantes. D'une part, elle constitue le point de départ de l'intervention permettant l'exploration de la situation de l'utilisateur et l'identification du problème. D'autre part, elle a pour fonction d'accueillir les nombreux usagers qui n'ont pas de problèmes très spécifiques à solutionner mais qui utilisent le service de façon régulière en raison de leur grande solitude. Elle permet à ces personnes d'établir et de maintenir un lien avec l'infirmière qui constitue un point de repère, une source de sécurité. Cette fonction d'écoute semble particulièrement importante compte tenu que près de la moitié des usagers, lors de l'enquête de satisfaction, identifient que leur plus grand besoin était celui d'être écouté attentivement. Par ailleurs, la majorité de ces usagers considèrent également que l'un des principaux avantages du service est d'avoir du temps pour exposer leur problème (95,3 %).

Le soutien arrive au deuxième rang dans les types d'intervention offerts par les infirmières du service et prend la forme de conseils ponctuels pour guider, réassurer ou confirmer certains usagers vivant beaucoup d'anxiété à des moments où les ressources dans le milieu ne sont pas accessibles et ne peuvent répondre à leurs questions ou préoccupations. Or, ces problèmes d'anxiété et de solitude sont identifiés par les infirmières dans, respectivement,

40 % et 20 % des appels et semblent donc représenter les situations de santé pour lesquelles ces dernières doivent intervenir le plus fréquemment. Par ailleurs, cette fonction conseil s'exerce également auprès de divers aidants naturels et intervenants dans la communauté, par exemple auprès de responsables de résidence de type familial ou de policiers, qui ont besoin d'obtenir rapidement un conseil ou qui recherchent une expertise sur la façon de gérer diverses situations auxquelles ils font face. En ce sens, les interventions de soutien assurent une fonction de relais permettant aux clients de demeurer dans leur milieu de vie, d'éviter des consultations ou des déplacements inutiles. Or, il faut souligner que ces avantages spécifiques du service téléphonique sont mentionnés par les trois quarts des clients qui estiment que le service leur permet de savoir s'il leur faut ou non aller consulter à l'urgence. De plus, cette intervention de soutien est reconnue comme étant efficace puisque près des deux tiers des clients évaluent qu'ils ont ressenti une baisse de leur anxiété suite à l'utilisation du service téléphonique. L'importance et l'appréciation de cette fonction de soutien et de *counseling* assurée par les infirmières du service téléphonique confère donc un caractère unique à ce service et le distingue de d'autres services téléphoniques offerts par des infirmières qui semblent davantage centrés sur les aspects médicaux et la communication d'information (Huber & Blanchfield, 1999; Timpka & Arborélius, 1990). Ces données quant à la nature de l'aide apportée mettent bien en évidence le caractère complémentaire du service téléphonique comparativement aux autres services de santé. En effet, selon Santé Canada (2000), la télépratique doit compléter les services existants et non les remplacer et ce, en améliorant l'accessibilité et la qualité des services en étant axée vers le consommateur dans son milieu de vie.

La référence s'avère aussi fréquente que les interventions de soutien et représente près de deux tiers de l'ensemble des interventions réalisées. Selon les infirmières, elle s'inscrit dans les étapes de la démarche de soin; suite à l'exploration des besoins de l'utilisateur, s'il y a lieu, elles cherchent non seulement à identifier la ressource la plus appropriée mais à vérifier son accessibilité ou sa disponibilité pour ce dernier. Ces interventions visent donc également à assurer une fonction de suivi et de liaison de l'utilisateur avec la ressource ou le service requis. Ainsi, selon l'enquête de satisfaction plus de 40 % des usagers se sont fait recommander ou ont été orientés vers une ressource et près des deux tiers de ceux-ci ont consulté ces ressources dans le délai recommandé. Toutefois, il faut noter qu'une minorité (20 %) d'utilisateurs considère que la ressource recommandée a été très ou assez efficace. Ainsi donc, plus du tiers des répondants s'estiment insatisfaits de la ressource recommandée la considérant pas du tout efficace. Ce taux élevé d'insatisfaction en regard des références est difficilement explicable en raison du type d'enquête effectué. On peut toutefois penser que la référence suggérée par les infirmières a pu créer certaines attentes chez les usagers, attentes qui n'ont pas été comblées lors de la consultation de la ressource.

Le recadrage s'avère, selon les fiches d'appel, un type d'intervention relativement fréquent puisqu'il est noté dans près de la moitié de l'ensemble des interventions. Ce type d'intervention s'inscrit dans tout le processus d'aide ou de soutien et vise principalement à amener l'utilisateur à modifier sa perception de sa situation pour en arriver à voir l'ensemble de sa condition et ainsi composer de façon plus efficace avec ses difficultés.

L'information et l'enseignement. Bien que ces deux formes d'intervention se rapportent aux objectifs premiers du service téléphonique, elles représentent seulement 20 % de l'ensemble des interventions et se retrouvent parmi les interventions les moins fréquemment mentionnées à la fiche d'appels. Il n'en demeure pas moins que ce type d'intervention fait appel à une expertise spécifique des infirmières car, la plupart du temps, l'information et l'enseignement portent sur la gestion des médicaments, les manifestations de la maladie mentale et la présence de problèmes de santé physique. Le vieillissement de la population et l'accroissement des problèmes de santé physique chez les personnes présentant des problèmes de santé mentale nécessitent donc le recours à une expertise spécifique que détiennent les infirmières oeuvrant dans un tel service. Il faut aussi noter que ces demandes d'information sont plus fréquemment sollicitées par divers intervenants et aidants naturels pour qui l'infirmière devient une personne ressource facilement accessible, ce qui confère au service téléphonique un caractère distinct des services habituels d'écoute. À cet égard, l'enquête de satisfaction permet de constater que le motif d'appel était, pour 15 % des usagers, « le besoin de compléter une information ». Toutefois, dans cette même enquête, on constate également que le besoin d'information n'est pas considéré par les usagers comme le besoin le plus important, ce type de besoin arrive plutôt après les besoins d'écoute, de résolution de problèmes et de soutien. Ce niveau de besoin perçu par les répondants à l'enquête pourrait alors expliquer, dans une certaine mesure, la fréquence relative moins élevée de ce type d'intervention infirmière.

La résolution de problème. Même si la résolution de problème représente l'intervention la moins fréquemment mentionnée dans les fiches d'appels (11,8 %), il n'en demeure pas moins que, selon les propos des infirmières, ce processus s'avère un volet essentiel de leur intervention. Les infirmières soulignent l'importance de réaliser ce processus en collaboration avec l'utilisateur du service car très souvent, pour ce dernier, le problème n'est pas clair, il n'a pas l'habitude de faire une telle démarche et peut s'attendre à des solutions toutes faites qui ne sont pas nécessairement appropriées à sa situation. Pour les infirmières, il importe de savoir comment accompagner l'utilisateur dans ce processus pour lui permettre d'apprendre la démarche et l'aider à cheminer et découvrir ses propres solutions. Il est intéressant de mettre en relation ces observations des infirmières avec les données de l'enquête de satisfaction réalisées auprès des usagers. Or, ces résultats indiquent que plus du quart des répondants estime que leur plus grand besoin est d'être « aidé pour travailler une difficulté particulière ». De plus, la très grande majorité des répondants à l'enquête (81 %) estime que l'intervenant « aide beaucoup dans le choix des solutions ». On peut donc penser que l'approche qui est utilisée pour accompagner dans la résolution de problème répond à un besoin important et s'avère efficace.

En somme, il ressort des résultats de cette étude que la nature de l'aide apportée par les infirmières du service téléphonique est variée et qu'elle s'inscrit dans un processus de soin systématique, dont l'accent porte sur l'écoute et le soutien, conduisant généralement à un taux de satisfaction élevé notamment en regard du soulagement de l'anxiété et de l'aide apportée dans le cadre d'une résolution de problème. La nature de l'aide apportée correspond à la définition de la télépratique infirmière selon l'AIIC (2002) et offre les conditions nécessaires pour répondre aux objectifs de ce type de service qui doit permettre aux citoyens d'avoir accès à des outils pour prendre en charge sa santé de façon plus autonome.

6.2.2 La perception de l'efficacité de l'aide apportée aux usagers du service téléphonique

Selon leurs propos, les infirmières se perçoivent comme aidantes et appréciées par les utilisateurs du service téléphonique et évaluent, dans l'ensemble, positivement l'efficacité de leurs interventions. Toutefois, les infirmières savent reconnaître les limites de leur intervention et, lorsque c'est le cas, elles disent préférer orienter les personnes vers d'autres ressources plus appropriées. Cette dimension de l'autocritique en regard des limites de l'intervention dans un contexte de télépratique est fondamental pour la protection du public et souligné tant par l'AIIC (2001) que l'OIIQ (1998). Également, les infirmières se disent capables de mettre des limites à leur intervention et de reconnaître quand l'intervention n'est plus efficace ou ne conduit plus à une résolution satisfaisante de la situation. Ces divers commentaires sont cohérents avec les données provenant de fiches d'appel relevées ($n = 630$) où l'on constate que dans la majorité des appels (70 %), les intervenants ont estimé qu'ils avaient été efficaces. Il est aussi pertinent de mettre en relation ces perceptions et les divers aspects de la satisfaction évaluée dans l'enquête auprès des usagers. Ainsi, au plan de l'utilité de l'appel, de la qualité de l'écoute et du soutien, on note que la très grande majorité des usagers (87-88 %) s'estime très ou assez satisfaite. Ces niveaux élevés de satisfaction peuvent en quelque sorte appuyer le fait que les intervenants perçoivent, à juste titre, positivement l'efficacité de leurs interventions.

Par ailleurs, les infirmières indiquent que le fait de réaliser toutes les étapes de la relation d'aide conduisant à la référence ou à la résolution de problème constitue une source de satisfaction et de gratification. Elles considèrent également que leur travail au service téléphonique offre des opportunités constantes de stimulation, d'apprentissage et d'enrichissement. De façon complémentaire, les aspects de leur travail que les infirmières trouvent les plus faciles concernent les demandes d'information en regard de la médication tandis que les appels qui représentent le plus de défis pour ces dernières sont ceux provenant d'utilisateurs utilisant le service téléphonique de façon répétitive et sans motif précis et où elles perçoivent qu'elles n'ont pas accès à toute l'information nécessaire pour aider ces personnes. Ces résultats sont cohérents avec ce que l'on constate dans certaines études où l'on observe que la majorité des interventions infirmières, dans ce type de service, portent sur des conseils et de l'information en regard de divers aspects de la santé (Timpka & Arborélius, 1990; Wahlberg & Wredling, 1999).

Au plan des difficultés rencontrées, on mentionne aussi le fait d'être confrontées quotidiennement au manque de ressources disponibles dans la communauté et dans le réseau de soutien des usagers. Ces ressources, tels la présence d'un confident ou d'un suivi approprié à la condition de santé de l'utilisateur, permettraient de mieux répondre à leurs besoins de base. Ce manque de ressources peut laisser les infirmières avec un sentiment d'impuissance et de l'insatisfaction quant à l'aide apportée à ces personnes. Également, les appels réalisés dans des moments de grande anxiété, de panique ou en présence de propos suicidaires sont des situations très exigeantes, ardues, parfois longues, où le fait d'intervenir à distance exige encore plus de perspicacité et de créativité. En effet, l'intervention à distance prive l'infirmière d'une information précieuse, soit l'expression non verbale du client, qui permettrait de nuancer ou de réorienter son intervention. Ces dernières situations peuvent être une source d'inconfort amenant les infirmières à douter de la pertinence et de l'efficacité de leurs interventions. Comme nous l'avons précisé précédemment, ces appels liés à des situations d'anxiété sont assez fréquents et peuvent expliquer le fait que, dans les fiches d'appel, on retrouve 17 % des appels où les intervenants sont incertains de l'efficacité de leur intervention et 4,0 % où ils estiment que leur intervention n'a pas été efficace.

Enfin, notons qu'un des facteurs pouvant influencer la perception de l'efficacité de l'aide apportée est lié au fait que les interventions, dans la majorité des cas, sont ponctuelles, et que l'infirmière n'est presque jamais informée des résultats de son intervention. Ce manque de contrôle ou de possibilité d'obtenir de la rétroaction quant à l'efficacité de l'intervention peut constituer une source de frustration ou d'insatisfaction importante pour l'infirmière. La nature des difficultés rapportées par les infirmières de la présente étude est identique à celle décrite dans certaines études (Holmstrom & D'Alba, 2002; Wahlberg & Wredling, 1999) où les infirmières disent se sentir coincées entre les attentes, les besoins des usagers et les ressources limitées d'un système de santé qui recherche de plus en plus l'efficacité. Également, l'absence de contact visuel représente le facteur de stress le plus important retrouvé dans ces diverses recherches. Or, pour contrer ces expériences et être en mesure de tolérer fréquemment l'incertitude ou une certaine ambiguïté, l'infirmière doit faire preuve d'une bonne capacité d'autocritique et d'un certain confort professionnel, dimensions abordées dans la prochaine section.

6.2.3 L'adéquation entre les compétences, les outils disponibles et les demandes des usagers

Relativement à cette question, les infirmières ont surtout fait ressortir les divers types de compétences qu'exige la télépratique en regard des savoirs, du savoir-être et du savoir faire, de même que l'importance de développer et d'avoir accès à certains outils facilitant leur travail. Les infirmières ont également fait état des conditions organisationnelles et environnementales susceptibles d'être améliorées afin de mieux répondre aux objectifs de départ prévus lors de la conception du service téléphonique et susceptibles d'offrir une meilleure réponse aux attentes des utilisateurs de ce service.

Selon l'analyse de leurs propos, il n'est pas suffisant d'avoir une bonne capacité d'écoute ou d'empathie pour répondre avec efficacité au service téléphonique. Ces savoirs, construits à travers l'expérience acquise, doivent être conjugués à une solide base de connaissances au plan des divers problèmes de santé mentale, des médicaments les plus couramment utilisés, des problèmes de santé physique, du fonctionnement du système de santé et des ressources en santé mentale. De plus, ces connaissances se doivent d'être constamment mises à jour, soit par des formations offertes par l'institution, soit par des démarches personnelles de perfectionnement réalisées par les infirmières elles-mêmes. Aux attitudes d'aide habituellement reconnues comme étant essentielles pour intervenir en santé mentale, telles l'écoute, l'empathie, le respect et le jugement, les infirmières ont évoqué qu'il est essentiel d'avoir diverses dispositions comme la débrouillardise, l'autonomie, la confiance en soi et la capacité de travailler sans filet de sécurité en raison du caractère solitaire et autonome de l'intervention téléphonique.

Au plan du savoir-faire, certaines habiletés de communication, bien qu'essentielles au contexte de l'intervention en santé mentale, prennent encore plus d'importance dans un contexte de télépratique. Ces habiletés relèvent, entre autres, de la capacité à cibler rapidement les zones d'exploration du problème des usagers et à faire une démarche mentale de résolution de problème. Les habiletés à utiliser le langage de l'utilisateur et de référer à son expérience sont aussi fondamentales car elles relèvent de stratégies qui permettent de créer rapidement un lien, une alliance de travail dans un contexte de contact indirect et d'intervention brève. Enfin, la capacité de se construire un réseau des contacts à travers les diverses ressources du domaine de la santé, mais surtout d'entretenir des liens de réciprocité avec ceux-ci, s'avère une habileté stratégique de l'infirmière; elle permet ainsi à cette dernière d'être

connue, de faire des échanges de services et lorsque nécessaire d'avoir un accès rapide à du dépannage ou à des ressources dont un usager aurait besoin.

Ces diverses compétences rejoignent les recommandations faites par l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada (AIIC) sur la télépratique infirmière (2001, 2004) ainsi que les lignes directrices publiées par l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec dans *Lignes directrices: L'exercice infirmier à info-santé* (1998). En plus de détenir une solide expérience, les infirmières devraient, selon ces organismes, détenir des connaissances cliniques et de solides techniques d'évaluation et de communication. Ces habiletés et connaissances sont requises pour être en mesure de suivre le processus infirmier, de dispenser des services appropriés sans bénéficier du contact en personne avec le client et également pour déterminer si le service téléphonique constitue le bon moyen pour répondre aux besoins de l'utilisateur du service.

En somme, il est évident que la qualité du service téléphonique ne peut être dissociée des qualités personnelles et professionnelles des infirmières offrant ce service. Ainsi, dans un contexte de pratique à distance où les infirmières n'ont pas facilement accès à de la rétroaction sur leurs interventions, il incombe à ces dernières de se questionner régulièrement sur leurs compétences et de faire les démarches nécessaires pour mettre constamment à jour les compétences professionnelles requises dans ce type de pratique. Comme le souligne une prise de position de l'AIIC sur le sujet (2004), la protection du public et l'imputabilité figurent parmi les plus grands défis en télésanté; il importe donc que, rapidement, les divers organismes se dotent de normes ou de protocoles pour s'assurer que la télépratique infirmière soit utilisée de façon sûre, appropriée et conforme aux règles d'éthique.

Par ailleurs, au plan de l'adéquation des outils disponibles pour répondre aux demandes des usagers, les infirmières insistent sur le fait, comme nous l'avons mentionné précédemment, que ce sont les compétences personnelles de l'infirmière, dont sa capacité à puiser dans son expérience professionnelle qui constitue l'outil de choix pour intervenir auprès des usagers du service téléphonique. Parmi les outils conçus lors de l'implantation, c'est la fiche d'appel qui est identifiée comme étant la plus utilisée et aidante en raison de ses nombreux avantages dont celui d'offrir rapidement une vue globale de la situation de l'utilisateur. Les guides de référence sur la médication et les ressources sont aussi régulièrement utilisés bien qu'ils aient besoin d'une mise à jour continue en raison de l'évolution rapide des connaissances et des changements continus dans le réseau de la santé. En ce qui a trait au guide de référence des situations de santé, les infirmières l'utilisent beaucoup moins en raison du caractère rapide de l'intervention qui exige que les infirmières personnalisent sur-le-champ leur démarche de soins. De plus, les infirmières soulignent, qu'avec l'expérience, elles ont identifié ou élaboré certains outils adaptés au contexte du service téléphonique, tel un cahier sur les problématiques de santé physique et les situations d'urgence les plus fréquemment rencontrées ainsi qu'un canevas d'entrevue permettant de procéder à une collecte de données qui reflètent davantage la perspective infirmière. En fait, ces données indiquent l'importance d'être flexible et créatif dans la recherche et l'utilisation d'outils complémentaires à l'intervention pour mieux répondre aux besoins variés des usagers du service téléphonique. À cet égard, soulignons les résultats de la méta analyse réalisée par Omery (2003), indiquant que l'utilisation et la disponibilité des protocoles ne sont pas en soi garantes de la justesse et de la qualité de l'intervention. Ces diverses observations nous amènent à conclure que l'efficacité de l'intervention est liée à un ensemble de conditions relevant de l'intervenant, des attentes de l'utilisateur et du contexte de l'intervention.

Enfin, les résultats de cette recherche indiquent qu'outre les dimensions de compétences et des outils disponibles, d'autres facteurs peuvent influencer le fonctionnement efficace du service téléphonique, notamment au plan de l'organisation fonctionnelle et organisationnelle du service. En effet, bien qu'à l'origine la conception de ce projet provenait des soins infirmiers, son implantation fut réalisée suite à un partenariat avec la direction des services de réadaptation et d'hébergement dans la communauté (DSRHC) et le service fut installé dans une ressource partenaire au sein de la communauté, soit au centre de crise *l'Appoint*. Pour diverses raisons, ce service fut également placé sous la direction de la coordonnatrice clinique de la ressource, et ne fut plus, par la suite, sous la

responsabilité première de la direction des soins infirmiers. Ces décisions entraînèrent des conséquences notables au plan des caractéristiques de l'environnement de travail, de la mission du service et du rôle des infirmières au sein de ce dernier. En effet, en installant le service téléphonique dans le centre administratif de la ressource de crise, les infirmières se sont vues privées de la quiétude requise pour offrir adéquatement ce type de service et ce, en raison des allées et venues constantes des diverses intervenants et utilisateurs de la dite ressource. Cette déficience importante dans l'organisation physique du service constitue, selon les infirmières, une difficulté majeure avec laquelle elles doivent composer quotidiennement devant, non seulement répondre aux appels des usagers mais également répondre aux nombreuses demandes des personnes qui circulent dans ce lieu. De plus, les infirmières oeuvrant au service téléphonique ont été progressivement interpellées pour répondre aux divers besoins des personnes hébergées dans ce centre, par exemple, au plan de la médication, de l'enseignement et de l'alimentation. L'ajout graduel de ces multiples tâches a influencé la disponibilité des infirmières au service téléphonique et, progressivement, il a été accepté que d'autres intervenants puissent également répondre aux appels du service téléphonique. La majorité des infirmières interviewées déplorent ces changements qui ont également contribué à faire émerger des visions différentes du service téléphonique et un manque de différenciation entre la ressource de crise et le service « Information et référence en santé mentale ». À cet égard, certaines infirmières estiment que ce service devrait être relocalisé ailleurs et dissocié de la notion d'hébergement pour revenir à ses objectifs de départ concernant l'information et la référence en santé mentale. De plus, il devrait redevenir essentiellement un service infirmier, en raison de la nature des problématiques les plus fréquentes provenant des usagers, problématiques liées principalement à la complexité des troubles mentaux graves, à gestion de la médication psychiatrique de pointe, à l'accroissement notable des problèmes de santé physique, situations de santé exigeant de plus en plus des services de santé hautement spécialisés. Cependant, d'autres infirmières croient que le titre d'emploi est peu important et que c'est davantage le savoir être qui importe pour déterminer qui devrait répondre à un tel service, même si au départ il était identifié comme un service infirmier.

En fait, il y a lieu de constater que les changements apportés au projet de départ ont suscité des divergences, de l'insatisfaction, voire même de la déception, et de la confusion en regard du rôle que les infirmières étaient appelées à jouer dans ce service. Ce débat quant à la catégorie de professionnel pouvant offrir ce service et dans quelles circonstances n'est pas simple et exige une réflexion en profondeur visant à mettre en perspective différentes considérations. D'une part, le service téléphonique rejoint la notion de télésanté et représente un nouveau type de pratique professionnelle qui ne fait pas encore l'objet d'une réglementation précise. D'autre part, la nouvelle réglementation régissant la pratique des professionnels de la santé (OIIQ, 2003; OPQ, 2002) propose des règles de fonctionnement davantage caractérisées par l'interdisciplinarité et le partage de certaines activités professionnelles, telles l'information ou les activités de prévention ou de promotion de la santé. Cependant, cette nouvelle réglementation identifie, selon les groupes de professionnels, des actes réservés qui doivent être pris en compte dans le contexte de la télépratique. Par exemple, selon la loi 90 portant sur l'exercice infirmier, l'évaluation de l'état de santé physique et mentale des personnes s'avère une activité professionnelle réservée aux infirmières et infirmiers. Par conséquent, on doit se demander si l'évaluation de l'état de santé physique et mentale des personnes, identifiée comme une activité essentielle faisant partie de la démarche de soins utilisée dans ce service téléphonique, représente une condition déterminante du type de professionnel qui devrait oeuvrer dans ce service. Or, comme le reconnaît Santé Canada (2004), il s'avère nécessaire d'anticiper comment les divers professionnels pourront donner leur pleine mesure dans ce nouveau type de pratique pour le plus grand bénéfice des consommateurs (Santé Canada, 2004).

Cette question relève, à notre avis, de considérations plus larges concernant le futur de la télésanté et de son intégration dans les services en santé mentale. En effet, il importe, dans le processus de transformation des services en santé mentale, actuellement en cours, de se questionner sur la façon dont les technologies de l'information et de la communication (TIC) contribueront à améliorer l'accessibilité et la qualité des services en santé mentale. Ainsi, comme le recommande l'AHC (2004) et Santé Canada (2000), il importe d'élaborer un cadre réglementaire pour préciser qui peut fournir des services de télésanté et dans quelles circonstances. Ces politiques devraient aussi prévoir des mécanismes visant à assurer la sécurité du public et la protection de la vie privée de même que la mise en place d'infrastructure pour assurer une télépratique sécuritaire.

6.2.4 La satisfaction des usagers face au service téléphonique

Les résultats de la présente recherche démontrent un taux très élevé de satisfaction des usagers du service quant aux diverses dimensions de l'accessibilité et de la qualité du service téléphonique. Ainsi, presque tous les usagers (95-98 %) ont déclaré ne pas avoir éprouvé de difficulté à trouver le numéro, ne pas avoir eu à composer le numéro plusieurs fois et ils ont trouvé le délai de réponse acceptable. Certains de ces résultats diffèrent passablement de ceux obtenus dans l'étude sur le service Info-Santé CLSC qui posait les mêmes questions. Ainsi, dans cette dernière recherche, 15 % ont dû composer le numéro plusieurs fois avant d'obtenir le service et une proportion moins élevée de personnes (74 %) a trouvé le délai de réponse acceptable. Toutefois, la satisfaction quant à l'accessibilité linguistique est comparable dans les deux études. Parmi les dimensions de l'accessibilité, plusieurs auteurs soulignent que la principale source d'insatisfaction provient du délai pour avoir accès à l'infirmière en service (Wahlberg & Wredling, 1999; Moore, Saywell, Thakker & Jones, 2002). Ces auteurs mentionnent également que, même si les taux de satisfaction sont relativement élevés, il importe de porter attention aux délais de réponses, car ceux-ci peuvent provoquer une baisse de confiance du public envers le service téléphonique. De plus, cette dimension de l'accessibilité joue un rôle important puisque des auteurs (Slupczynska-Kossobudka et Boguszevska, 1999) soulignent que l'insatisfaction de la clientèle psychiatrique est surtout reliée à la possibilité de recevoir de l'aide en cas de crise. Or, le niveau de satisfaction élevé quant au délai de réponses (98 %) permet de croire que le service téléphonique offre une réponse rapide face à certaines situations de crise.

De plus, on semble aussi très satisfait de la relation interpersonnelle avec l'intervenant : plus de 90 % des usagers estiment avoir été bien compris. Ils considèrent que le langage et les conseils de l'intervenant étaient clairs et que ce dernier avait une attitude polie et courtoise. Ce taux élevé de satisfaction est comparable à celui rapporté par l'enquête sur le service Info-Santé en regard de ces mêmes indicateurs de la relation avec l'intervenant. À cet égard, Ampélas (2004) rapporte, dans une recension d'écrits sur la satisfaction en santé mentale, que la satisfaction face à la relation avec l'équipe soignante est généralement très élevée. Les taux les plus bas de satisfaction concernent surtout l'information sur la pathologie, les traitements, les médicaments et sur l'organisation des services. Bien que près de 90 % des usagers de la présente étude perçoivent les réponses offertes par l'intervenant comme étant très utiles et aidantes, ces dimensions plus spécifiques de l'information et de l'organisation des services n'ont pas été évaluées.

Enfin, en ce qui a trait à la qualité des interventions, les résultats de l'enquête de satisfaction indiquent que la majorité des usagers ont grandement apprécié le soutien reçu (88 %), la qualité de l'écoute (88 %) et ils considèrent que l'appel a été utile (87 %). De plus, la très grande majorité des répondants à l'enquête considère qu'ils obtiennent une aide efficace dans la recherche des solutions à leurs difficultés et que lorsque l'intervenant recommande une action à faire pour eux-mêmes, la majorité suit cette recommandation et la considère efficace. À cet égard, des auteurs (Moore, Saywell, Thakker & Jones, 2002) ont souligné que la satisfaction était reliée à une meilleure assiduité à faire les actions recommandées. On peut donc en déduire que ce service téléphonique joue un rôle central au plan de l'enseignement auprès de personnes en besoin et que cet enseignement est fort apprécié et porte ses fruits. Ces taux élevés de satisfaction au plan de la qualité de l'intervention concordent avec ceux d'autres études portant sur des services téléphoniques (Hagan *et al.*, 2000; Chang, Mayo & Omery, 2002; Wahlberg & Wredling, 1999) et peuvent aussi expliquer que 93,6 % des répondants feraient de nouveau appel au service et qu'ils y perçoivent selon leurs dires une multitude d'avantages dont le fait d'économiser de l'argent et de savoir s'il faut consulter en urgence. On peut donc penser que le service téléphonique contribue à une plus meilleure utilisation des services de santé mentale.

Il ressort donc de ces résultats que les usagers du service téléphonique *Information et référence en santé mentale*, tout comme d'autres services téléphoniques, présentent des taux de satisfaction assez élevés et ce, pour plusieurs indicateurs. Toutefois, il y a lieu d'interpréter ces résultats avec une certaine réserve car les écrits sur le sujet indiquent que le concept de satisfaction est difficile à mesurer, et ceci particulièrement dans le domaine de la santé mentale. En effet, lorsqu'un client se dit satisfait, cette affirmation peut prendre diverses significations telles que : « je suis satisfait du service » ou « je ne crois pas avoir les capacités d'évaluer le service mais je fais confiance à l'équipe » ou encore « je ne suis pas satisfait, mais j'aime mieux ne pas critiquer; après tout, ils font de leur mieux » (William & Wilkinson, 1995). Ces diverses significations ne peuvent être vérifiées, ce qui constitue une limite des études sur la satisfaction. D'autre part, selon Ampélas (2004), les études s'accordent pour dire que l'on peut difficilement estimer la satisfaction globale et qu'il faut plutôt mesurer différents aspects de la satisfaction. Or, la présente

recherche tient compte de ces recommandations, car plusieurs dimensions de la satisfaction ont été évaluées. Enfin, d'autres auteurs (Perreault, Leichner, Sabourin & Gendreau, 1993) recommandent l'utilisation de questions ouvertes permettant plus facilement l'expression de l'insatisfaction; cette approche n'a pas été retenue dans notre étude, ce qui peut expliquer les niveaux élevés de satisfaction.

Enfin, Ampélas (2004) questionne la pertinence même de la satisfaction en tant que critère de qualité. Ainsi, puisque le but de ces recherches vise à identifier les points d'insatisfaction et à proposer des améliorations, il vaudrait peut-être mieux mesurer l'insatisfaction directement. Par ailleurs, Ruggieri (1994) rappelle que le but d'un service ne doit pas être uniquement d'améliorer la satisfaction des usagers. La satisfaction peut souvent être reliée aux attentes des clients et ces dernières peuvent être irréalistes. Donc, selon Ampélas la satisfaction est un indicateur nécessaire pour améliorer la qualité des soins ou des services mais elle n'est pas en soi un indice suffisant à prendre en compte dans un contexte d'évaluation de la qualité. Dans cette perspective, il aurait été indiqué de vérifier dans quelle mesure le service téléphonique répondait aux attentes des usagers.

6.3 Contribution et limites de l'étude

La télépratique constitue une modalité d'intervention relativement nouvelle dans le domaine de la santé et, de façon plus spécifique, elle semble être utilisée très peu fréquemment dans les services en santé mentale. Ainsi, peu de recherches se sont intéressées à l'évaluation d'une telle pratique et, en ce sens, la présente recherche représente une source d'information précieuse et susceptible de guider la mise en place de tels services en santé mentale. De plus, elle représente aussi une innovation dans le domaine de l'évaluation en conjuguant diverses sources données, provenant des intervenants et des clients, ainsi que des données quantitatives et qualitatives conférant ainsi une valeur ajoutée aux résultats recueillis. Pour ce faire, nous avons adopté un questionnaire validé et utilisé dans le domaine de la santé physique auquel nous avons ajouté une fiche d'appels qui a été adapté pour la recherche. Cette fiche d'appel a été raffinée afin de mieux identifier les situations de santé et un lexique a été développé pour identifier systématiquement les interventions réalisées au cours de ces appels. D'une part, les données quantitatives ont permis de quantifier ou décrire certains éléments comme les caractéristiques de la clientèle et des appels, les types de problèmes vécus par ces personnes, les types d'intervention les plus fréquemment utilisés, les divers aspects de la satisfaction des clients suite à ces appels et la façon dont ceux-ci accueillent les solutions préconisées lors des appels. Ces données ont été comparées à d'autres provenant de recherches similaires réalisées dans le domaine de la santé physique permettant ainsi de préciser le caractère distinctif d'un tel service en santé mentale, notamment en regard du type de besoins auquel il doit répondre. D'autre part, les données qualitatives ont permis de mieux comprendre de l'intérieur ce qui se passe dans un service comme le service téléphonique, en explorant plus en profondeur comment les infirmières perçoivent la nature de leur intervention, leur compétence ainsi que les éléments facilitant ou entravant la mise en œuvre de ce service de télépratique. La triangulation de ces sources et types de données a permis de faire ressortir une certaine cohérence et des liens fort intéressants entre les données. Par exemple, entre la nature des interventions réalisées, les besoins des usagers et les divers aspects de la satisfaction des usagers, notamment au plan de l'écoute, du soutien et de l'utilité de l'appel. Enfin, il importe de souligner que peu d'études permettent de documenter les types d'interventions réalisés dans un contexte de télépratique ce qui constitue donc un apport unique de cette recherche.

Toutefois, malgré la contribution originale de cette recherche, certaines limites inhérentes au contexte de réalisation de l'étude, doivent être mentionnées. Elles concernent l'évaluation de la satisfaction, l'utilisation des outils de collecte de données et les facteurs organisationnels entourant l'implantation du service téléphonique. Comme il a été mentionné précédemment lors de la discussion, les études sur la satisfaction se buttent à de nombreuses difficultés liées, entre autres, au facteur de désirabilité sociale et à l'identification des éléments plus fortement liés à la satisfaction. Dans des études futures, il serait donc indiqué d'intégrer des questions ouvertes pour identifier comment les attentes des usagers ont été rencontrées, les sources d'insatisfaction de même que les éléments reliés à leur satisfaction. Ce type d'approche pourrait nécessiter que l'enquête conjugue des entrevues individuelles réalisées en personne et des entrevues téléphoniques. Par ailleurs, il serait pertinent de reprendre l'enquête à différentes périodes de l'année afin de vérifier si le profil des usagers demeure le même et si le niveau de satisfaction varie en fonction de ce dernier. Enfin, des questions visant à évaluer plus précisément les retombées économiques de ce service pour les usagers et pour l'institution devraient également faire l'objet d'une attention plus spécifique lors de prochaines enquêtes.

Au plan des outils utilisés, notamment en ce qui a trait à la fiche d'appel téléphonique, il aurait été souhaitable de mener, au préalable, une étude sur la fidélité de l'utilisation du lexique visant à obtenir plus d'homogénéité dans l'identification des types d'intervention, ce qui ne fut pas possible en raison des ressources limitées du projet. De plus, nous avons constaté que l'identification des situations de santé présentées par les usagers n'était pas remplie avec la même exactitude par les différents intervenants donnant lieu, à certaines occasions, à un manque de cohérence entre le choix de la situation de santé et les données relevées dans la fiche d'appel. Ainsi, certaines situations qui auraient dû être identifiées dans la catégorie autres ne l'étaient pas, ou encore, certaines situations n'étaient pas identifiées correctement dans la bonne catégorie selon les données disponibles à la fiche d'appels. Une formation et un suivi plus serrés auraient pu pallier cette limite relatée dans la complétion de la fiche d'appel. Par ailleurs, le phénomène de la désirabilité sociale a également pu jouer lorsque les intervenants devaient identifier, sur la fiche d'appel, dans quelle mesure ils estimaient que leur intervention avait été aidante. Ce biais peut être lié à des facteurs individuels comme le sexe, la culture, la formation professionnelle, la personnalité, facteurs qu'il n'a pas été possible de contrôler. De plus, l'influence de ces facteurs a pu être renforcé par le fait que la personne responsable du service avait accès à ce qui était inscrit sur la fiche d'appel. Les intervenants le sachant, ont pu être influencés par le besoin de bien paraître dans l'évaluation de leurs interventions.

Pour le volet qualitatif, nous nous sommes retrouvés avec un nombre limité d'entrevues réalisées auprès des infirmières notamment en raison de facteurs contextuels et organisationnels qui, entre le moment de la demande de subvention et la réalisation du projet de recherche, sont venus modifier le nombre de ces dernières intervenant au service téléphonique. Comme il s'agissait au départ, d'un projet de recherche en soins infirmiers et que les trois premières questions de recherche concernaient explicitement les infirmières intervenant au service téléphonique, les chercheurs ont choisi d'effectuer des entrevues uniquement auprès des infirmières régulières du service, soit quatre infirmières. Ce nombre limité a pu introduire divers biais car ces quatre infirmières savaient qu'elles étaient les seules parmi les différents types d'intervenants répondant au service téléphonique à être rencontrées. Malgré la confidentialité assurée dans le cadre de la recherche, on peut penser que certaines d'entre elles ont pu se limiter dans l'expression de leur opinion de crainte d'être identifiées. Enfin, ce biais de la désirabilité associée à la recherche a pu également influencer le fonctionnement du service lors de la réalisation de l'étude et l'on peut émettre l'hypothèse que les façons d'intervenir ne reflétaient pas totalement la façon habituelle de procéder, voire même de répondre aux appels.

En ce qui a trait à la réalisation de l'enquête de satisfaction, il n'a pas été possible de la limiter aux seules interventions infirmières. Cependant, des analyses complémentaires révèlent que les résultats concernant les divers aspects de la satisfaction des usagers ne diffèrent pas significativement selon que ce sont des infirmières ou d'autres professionnels qui interviennent.

7. Conclusion

La présente recherche, subventionnée par la Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec (FRESIQ) et la Canadian Nurse Fondation (CNF), avait pour but d'évaluer une innovation clinique conçue par un groupe d'infirmières, membres du CII à l'hôpital Louis H. Lafontaine. Cette initiative visait à mieux répondre aux demandes croissantes d'information et de référence auxquelles ces infirmières étaient confrontées quotidiennement. Une telle innovation constituait alors un projet d'avant-garde, non seulement en raison de l'absence de ce type de service en santé mentale mais également dans un contexte d'accroissement des problèmes de santé mentale et de transformation constante du réseau de services pour répondre avec plus d'efficacité et d'efficience aux besoins de la population.

La présente recherche infirmière s'inscrivait donc dans une perspective d'évaluation et d'amélioration de ce nouveau service infirmier et constitue une première au Québec dans le domaine de la santé mentale et des soins infirmiers. En effet, la méthode utilisée, conjuguant diverses sources de données quantitatives et qualitatives, a permis de décrire les principales interventions utilisées dans ce service, les types de besoins/problèmes présentés par les divers usagers, les exigences que requiert un service téléphonique de qualité ainsi que les résultats obtenus en regard de la satisfaction de la clientèle. Selon les écrits disponibles, nous n'avons pas retrouvés d'étude pouvant offrir des données aussi complètes et nuancées portant tant sur le processus d'intervention que sur ses retombées. Les résultats de cette étude constituent donc une source d'information précieuse pour alimenter la réflexion en regard d'une pratique en voie de développement à titre de service de base et complémentaire à l'offre de service en santé mentale.

Les résultats démontrent que le service téléphonique dépasse largement les seuls objectifs d'information et de référence et qu'elle remplit plusieurs fonctions allant de l'écoute, au soutien, au recadrage des situations de crise et à la résolution de problème. La nature de l'aide est variée et les interventions reflètent une démarche globale de relation d'aide, faisant appel à l'utilisation systématique du processus infirmier. De par la nature des interventions offertes, le service téléphonique assure une fonction de relais permettant aux clients de demeurer dans leur milieu de vie, d'éviter des consultations ou des déplacements inutiles ou de savoir s'il s'avère pertinent ou non d'aller consulter à l'urgence. Elle permet aussi la liaison entre les services et aiguillonne tant les usagers eux-mêmes que les aidants naturels ou les divers intervenants pour consulter la bonne ressource au bon moment ou encore, résoudre divers problèmes notamment liés à la gestion de la médication ou des comportements perturbateurs. Il ressort clairement que ce service téléphonique joue un rôle primordial, en aidant les personnes aux prises avec des problèmes de nature psychologique à des moments où les ressources en santé mentale sont peu disponibles ou accessibles.

Les résultats de la recherche indiquent un niveau de satisfaction très élevé permettant de conclure que les usagers ont accès rapidement à un service de qualité tant au plan relationnel que du contenu des interventions. La presque totalité des répondants feraient de nouveau appel au service et ils y perçoivent une multitude d'avantages dont le fait d'économiser de l'argent et de savoir s'il faut consulter en urgence. On peut donc penser que le service téléphonique contribue à une meilleure utilisation des services de santé mentale. De plus, les résultats quant à la diversité des formes d'aide apportée mettent bien en évidence le caractère complémentaire du service téléphonique comparativement aux autres services de santé. En étant axé

vers l'utilisateur dans son milieu de vie, le service téléphonique contribue d'une certaine façon à améliorer l'accessibilité aux services et vient compléter les services déjà existants et non les remplacer comme le recommande Santé Canada.

Par ailleurs, le contexte de télépratique inhérent à un service téléphonique ainsi que la nature des difficultés et demandes adressées à ce service mettent en évidence la nécessité de faire appel à des professionnels de la santé mentale détenant une expertise spécifique et faisant preuve d'une grande maturité et sécurité professionnelles. En tout premier lieu, la fonction d'évaluation des demandes et des conditions de santé des usagers joue un rôle fondamental dans ce type de service, et doit être réalisée par des professionnels habilités à le faire. Également, des habiletés de communication et d'intervention doivent prendre assises sur une solide base de connaissances au plan des divers problèmes de santé mentale, des médicaments les plus couramment utilisés, des problèmes de santé physique, du fonctionnement du système de santé et des ressources en santé mentale. La compétence des professionnels œuvrant dans ce type de service est étroitement liée à la protection et à la sécurité du public et les résultats de cette recherche au plan des exigences de ce type de pratique doivent sensibiliser les gestionnaires à la nécessité de mettre en place des professionnels de la santé dont la formation, les activités réservées et l'expérience professionnelle assurent l'accès à des services de qualité et la protection du public. En fait, les résultats de cette étude permettent de penser que les infirmières rencontrant les conditions énumérées ci haut pourraient être les professionnelles les mieux placées pour offrir un tel service à la population. Par ailleurs, ces professionnelles pourraient également être des personnes-ressources de premier plan pour mettre en œuvre les protocoles nécessaires à l'implantation de ce type de services ou assurer la supervision qui s'impose lorsque d'autres catégories d'intervenants doivent offrir des services similaires dans divers contextes liés aux soins communautaires.

Enfin, les résultats qualitatifs de cette étude viennent appuyer la nécessité de créer des conditions physiques et organisationnelles facilitant le fonctionnement d'un tel service. Il importe que le *Service téléphonique information référence* ait son identité et sa mission propres et que les professionnels y intervenant puissent le faire avec toute la disponibilité, la quiétude et les conditions qu'exigent un tel service. La télépratique constitue une forme de pratique qui est appelée à se développer davantage. Dans cette perspective, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2008* (MSSS, 2005) identifie l'information en santé mentale parmi ses actions prioritaires et propose l'implantation d'un service d'intervention téléphonique (24/7) afin de mieux informer le public et de réduire les obstacles au traitement. Par ailleurs, il y a lieu de souligner que l'imputabilité et la protection du public constituant l'un des grands défis de la télépratique; il importe donc que les gestionnaires et les intervenants en santé mentale anticipent les modalités optimales pour faciliter l'implantation, le fonctionnement et la visibilité d'un tel service qui, comme nous l'avons vu dans cette recherche, peut répondre à une multitude de besoins non comblés et contribuer à une plus grande accessibilité aux services de santé mentale.

Références

- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2004). *Énoncé de position : Le rôle de l'infirmière dans la télépratique*.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2000). *Télésanté: possibilités et responsabilités. Zoom sur les soins infirmiers*. 10(4). Ottawa. http://www.cna-nurses.ca/issuestrends/nrgnow/telehealth_great%20potentiel_fr.htm
- BLANCHFIELD, K. C., SCHWARZENTRAUB, L., & REISINGER, P. B. (1997). Perspectives in ambulatory Care. Development of telephone nursing practice standards. *Nursing Economics*, 15(5), 265-267.
- DUPIN DE SAINT CYR, S. (1985). Une aide et une prévention: le téléphone. *Revue de l'infirmière*, mai(10), 26-28.
- FOWLER, D. E., & MCGEE, R. K. (1973). Assessing the performance of telephone crisis worker: the development of a technical effectiveness scale. In L. Brockopp (Ed.), *Crisis intervention and counseling by telephone*. Springfield, Ill : Thomas.
- GINGERICH, W. L., GURNEY, R. I., & WIRTZ, T. S. (1988). How helpful are helplines : a survey of callers. *Journal of Contemporary Social Worker*, 634-639.
- HAGAN, L., & GARON, G. (1998). Info-Santé CLSC: Un service efficace ? *Canadian Journal of Public Health*, 89(2), 125-128.
- HEMINGWAY, S., RUSSELL, A., & ASKOORUM, G. (2000). Telephone intervention in mental health nursing. *Nursing Times*, 96(22), 33-34.
- HOLMSTRÖM, I., & DALL'ABA, G. (2002). "Carer and gatekeeper"- conflicting demands in nurses's experiences of telephone advisory services. *Scand Journal of Caring Sciences*, 16, 142-148.
- HUBER, D. L., & BLANCHFIELD, K. C. (1999). Telephone nursing interventions in ambulatory care. *JONA*, 29(3), 38-44.
- KRISTINE, M. L. (1972). *An analysis of telephone communication to a division of public health nursing*. University of Toronto, Toronto.
- LAFRENIÈRE, S. (1996). *Évaluation qualitative d'une intervention téléphonique de gestion du stress auprès des soignantes naturelles âgées*. Université de Montréal, Montréal.
- MAYO, A., CHANG, B. L., & OMERY, A. (2002). Use of protocols and guidelines by telephone nurses. *Clinical Nursing Research*, 11(2), 204-219.

- McLEAN, P. (1998). Telephone advice: Is it safe? *Canadian Nurse/l'Infirmière Canadienne*, Sept., 53-54.
- MOSCATO, S. R., DAVID, M., VALANIS, B., GULLION, C. M., TANNER, C., SHAPIRO, S., IZUMI, S., & MAYO, A. (2003). Tool development for measuring caller satisfaction and outcome with telephone advice nursing. *Clinical Nursing Research*, 12(3), 266-281.
- MSSS (1989). *Politique de santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS (1997). *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- MSSS (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2008. Document de consultation*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Omerly, A. (2003). Advice nursing practice: On the quality of the evidence. *Journal of Nursing Administration*, 33(6), 353-360.
- Office des professions du Québec, Groupe de travail Ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines. *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines : deuxième rapport*, Québec, 2002
- Ordre des infirmières et Infirmiers du Québec. (1998). *Lignes Directrices. L'exercice infirmier à Info-Santé*. Bibliothèque Nationale du Québec, ISBN2-89229-227-1
- Ordre des infirmières et Infirmiers du Québec. (2003). *Guide d'application de la nouvelle Loi sur les infirmières et infirmiers et de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*.
- Organisation Mondiale de la Santé. (1997). *Télématicque sanitaire et télémédecine font leur entrée dans la stratégie de santé pour tous*. Communiqué, 23 décembre 1997.
- RICARD, N., FORTIN, F., BONIN, J.P. (1995). *Fardeau subjectif et état de santé d'aidants naturels de personnes atteintes de troubles mentaux en situation de crise et de rémission*. Rapport de recherche soumis au CQRS (RS-1862-IM92), ISBN 2-9803245-07, dépôt légal, 2e trimestre
- RICARD, N., FORTIN, F., & BONIN, J. P. (1995). *Fardeau subjectif et état de santé d'aidants naturels de personnes atteintes de troubles mentaux en situation de crise et de rémission* (Rapport de recherche). Québec : Conseil québécois de la recherche sociale.
- ROSENBAUM, A., & CALHOUM, J. F. (1977). The use of the telephone hotline in crisis intervention: a review. *Journal of Community Psychology*, 5, 325-339.
- Santé Canada (2004). *Atelier vision 2020 sur les technologies de l'information et des communications dans le secteur de la santé du pont de vue de la profession infirmière*. http://www.hc-sc.gc.ca/ohih-bis/pubs/vision/2020-nurseinfirm_f.html
- TIMPKA, T., & ARBORELIUS, E. (1990). The primary-care nurse's dilemmas: a study of knowledge use and need during telephone consultations. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 1457-1465.
- VALANIS, B., TANNER, C., MOSCATO, S. R., SHAPIRO, S., IZUMI, S., DAVID, M., KEYES, C., & MAYO, A. (2003). A model for examining predictors of outcomes of telephone nursing advice. *Journal of Nursing Administration*, 33(2), 91-95.
- WAHLBERG, A. C., & WREDLING, R. (1999). Telephone nursing: calls and caller satisfaction. *International Journal of Nursing Practice*, 5, 164-170.
- WAHLBERG, A. C., CEDERSUND, E., & WREDLING, R. (2003). Telephone nurses's experience of problems with telephone advice in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 37-45.

Appendices

1. Fiche d'appel
2. Lexique
3. Questionnaire de satisfaction
4. Guide d'entrevue
5. Acceptation du projet au comité d'éthique de la recherche
6. Formulaire de consentement

L'Appoint

Courriel: appoint.hlhl@ssss.gouv.qc.ca

Date: ___ / ___ / ___

Jr Mo An

Heure du début de l'intervention:

Nom de l'appelant: _____

Fonction: _____

Nom de l'utilisateur:

Date de naissance: / / Âge:

(Si différent de l'appelant)

Jr Mo An

Ressource:

Téléphone: ()

Adresse: _____

Apt.:	Code	Pos-
-------	------	------

tal: _____

Médecin traitant:

Dossier #:

Clinique: _____

Hôpital: _____

Intervenant principal:

Fonction: _____ Tél.: _____

Autre intervenant: _____

Fonction: _____ Tél.: _____

Motif(s) de l'appel:

Collecte de données:


**Hôpital Louis-H. Lafontaine
L'Appoint**

Tél.: (514) 351-6661 Fax: (514) 351-0666
Courriel: appoint.hlhl@ssss.gouv.qc.ca

Facteurs de risque

	Présent	Passé	Non identifié
Agressivité envers les autres	☐	☐	☐
Agressivité envers les objets	☐	☐	☐
Agressivité envers soi: Automutilation	☐	☐	☐
Propos suicidaire	☐	☐	☐
Consommation alcool/drogue	☐	☐	☐
Problématique physique: _____	☐	☐	☐
Autre: _____	☐	☐	☐
Précisions/Commentaires: _____			

Situation(s) de santé

- | | |
|---|--|
| ☐ Stratégies d'adaptation individuelle inefficaces | ☐ Perturbation de l'estime de soi |
| ☐ Risque élevé de violence envers soi ou envers les autres | ☐ Anxiété |
| ☐ Prise en charge inefficace du programme thérapeutique | ☐ Isolement social |
| ☐ Perturbation des habitudes de sommeil | ☐ Autre |

Précisez: _____

Intervention téléphonique

- | | | |
|---------------------------------------|--|--|
| ☐ Enseignement | ☐ Information | ☐ Autre |
| ☐ Recadrage | ☐ Écoute | ☐ Référence(s): _____ |
| ☐ Soutien | ☐ Résolution de problèmes | |

Précisions / commentaires: _____

Hébergement / Service(s) attendu(s): _____

Recherche

L'appelant accepte d'être rappelé pour la recherche: ☐ Oui ☐ Non
 L'intervenant perçoit que son intervention téléphonique a été aidante ☐ Oui ☐ Non ☐ Partiellement
 Précisez: _____

Heure de la fin de l'intervention: _____

Durée de l'intervention: _____

Voir notes additionnelles en annexe

Signature: _____

Fonction: _____



Hôpital Louis-H. Lafontaine

L'Appoint

Tél.: (514) 351-6661 Fax: (514) 351-0666

Courriel: appoint.hlhl@ssss.gouv.qc.ca

LEXIQUE

Information: Renseignement que l'on communique à l'appelant pour le mettre au courant d'un événement, d'un service, lui rendre intelligible une situation complexe ou lui permettre d'agir. Action de communiquer un renseignement à l'appelant, de le mettre au courant. L'information se limite généralement à l'accumulation d'une variété de connaissances ou de données.

Exemple: L'appelant téléphone et se plaint d'avoir de la difficulté à dormir depuis que son médecin lui a prescrit du Paxil. L'intervenant l'informe que le Paxil peut causer de l'insomnie.

Enseignement: L'enseignement vise principalement l'acquisition et l'intégration de connaissances chez l'appelant, lesquelles vont lui permettre de maintenir, de modifier ou d'acquérir volontairement des habitudes ou des comportements de santé adaptés à son environnement. L'enseignement suppose la connaissance et l'utilisation de principes pédagogiques. Il implique un travail d'appropriation, de s'assurer que le contenu de l'enseignement soit compris et ait un sens pour l'appelant. L'action d'enseigner, au sens étymologique, réside dans l'identification des éléments indispensables à transmettre pour que ceux-ci aient au sens pour celui qui les reçoit (l'appelant) et qu'il se les approprie pour prendre en charge sa santé, sa maladie ou son bien-être.

Exemple: L'appelant téléphone et se plaint d'avoir de la difficulté à dormir depuis que son médecin lui a prescrit du Paxil. L'intervenant demande à l'appelant de lui préciser depuis combien de temps il prend ce médicament et le moment où il le prend. L'appelant l'informe qu'il a commencé à prendre du Paxil il y a environ 10 jours et qu'il le prend avant de se coucher tel que prescrit par son médecin. L'intervenant explique à l'appelant que l'insomnie peut constituer un des effets secondaires du Paxil, lequel peut s'avérer passager ou non. L'intervenant suggère à l'appelant de prendre le médicament un peu plus tôt en soirée et lui conseille de contacter son médecin, si la situation a tendance à perdurer, afin de modifier le moment de l'administration ou le médicament, si nécessaire. L'intervenant propose à l'appelant des moyens simples pouvant favoriser son sommeil, vérifie si les moyens proposés conviennent à l'appelant et s'assure de sa compréhension des éléments discutés lors de l'appel. Au besoin, il répète les explications, résume les points importants, donne des exemples et adapte son vocabulaire.

Recadrage: Utilisation de divers moyens pour remplacer des pensées dysfonctionnelles (ou non aidantes) par des pensées plus aidantes ou réalistes, ou dans la visée, de faire émerger des pensées plus positives permettant à l'appelant de voir la situation autrement, en vue d'augmenter son bien-être. Il peut s'agir, pour l'intervenant, d'aider l'appelant à faire une appréciation plus réaliste de sa perception de la situation problématique (source de stress) par rapport aux faits, en raison de croyances erronées ou d'un manque de connaissances.

Exemple: Une appelante se plaint d'être complètement abandonnée par les membres de son entourage et les accuse d'être égoïstes. L'intervenant tente d'obtenir de plus amples informations sur la manière dont l'appelante perçoit ou déforme la réalité à travers ses pensées, en posant des questions telles que: Est-ce bien vrai. ?; Êtes-vous bien sûr ?; Qu'est-ce qui vous prouve que vos pensées sont vraies ? À partir des renseignements obtenus, à savoir que l'appelante n'a pas été visitée depuis 10 jours, mais qu'elle a tout de même reçu des appels quotidiens de sa cousine, l'intervenant amène l'appelante à réaliser ses erreurs de pensées (généralisation excessive, exagération), à voir qu'elle n'est pas complètement abandonnée et à envisager qu'il s'agit sans doute d'une situation temporaire, liée aux occupations des membres de son réseau puisque ceux-ci, selon ses dires, n'ont pas pour habitude de se comporter ainsi.



**Hôpital Louis-H. Lafontaine
L'Appoint**

Tél.: (514) 351-6661 Fax: (514) 351-0666
Courriel: appoint.hlhl@ssss.gouv.qc.ca

Soutien: Le soutien peut prendre différentes formes d'aide lors d'une intervention téléphonique. Il peut s'agir d'apporter du réconfort moral à l'appelant, de le renforcer dans ses actions ou perceptions, ou de ressortir ses forces afin de lui donner confiance en ses capacités.

Écoute: L'écoute ou l'action d'écouter fait référence à un processus actif par lequel l'intervenant tente de comprendre le message et les besoins de l'appelant de façon attentive, respectueuse et engagée. Lors de l'écoute, l'intervenant peut recourir à des activités telles que: le reflet, la reformulation, l'exploration, l'élucidation, la synthèse...

Résolution de problèmes: Méthode à laquelle l'intervenant peut recourir pour aider l'appelant à résoudre ou à modifier un problème — ou certains de ses aspects — à l'aide de solutions pratiques et adaptées. Cette méthode peut être utilisée pour toutes sortes de problèmes, conflits ou sources de stress afin de trouver des solutions pratiques à des besoins, de modifier certains aspects d'une situation problématique ou de mieux composer avec un problème. Le processus de résolution de problèmes peut comprendre six étapes: 1) la définition du problème (où, quand, comment le problème se manifeste); 2) le remue-ménages; 3) le choix de la solution; 4) la visualisation de la solution; 5) l'application de la solution et 6) l'évaluation du résultat.

Référence(s): L'intervention consiste à référer l'appelant à l'équipe traitante, à des ressources communautaires, aux ressources internes ou externes, aux services des urgences de HLHL, HMR ou autres services, ressources ou hôpitaux.

Procédures pour les fiches d'appels

Remplir une fiche pour tous les appels, y compris les appels anonymes, les appels pour une simple référence, les appels de professionnels ou de responsables de famille d'accueil ou de ressources.

Pour les appels répétitifs en provenance d'un même appelant, remplir une seule fiche par quart de travail en y précisant le nombre d'appels. Si les situations de santé et/ou vos interventions diffèrent d'un appel à l'autre, lors des appels répétitifs d'un même usager, l'indiquer et le détailler dans les sections appropriées de la fiche. Au besoin, remplir et joindre à la fiche une ou d'autres pages comportant ces sections, c'est-à-dire: page 2 de 2.

**Formulation proposée pour demander à l'appelant
s'il accepte d'être rappelé pour la recherche :**

« Si vous acceptez, d'ici trois à quatre jours, une infirmière qui souhaite évaluer votre satisfaction par rapport au service téléphonique que vous venez d'utiliser, pourrait vous rappeler. Cet appel effectué dans le cadre d'une recherche est confidentiel et dure en moyenne une quinzaine de minutes. En acceptant d'être rappelé, vous permettrez à des professionnels d'améliorer l'aide offerte aux personnes qui, comme vous, ont recours aux services d'une ligne téléphonique. Acceptez-vous d'être rappelé pour la recherche ? ».

QUESTIONNAIRE SUR LA SATISFACTION DES USAGERS **ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE**

Date de la relance: _____

Introduction

Bonjour, pourrais-je parler à (monsieur/madame) s'il vous plaît? (Prendre un rendez-vous au besoin).

Bonjour, je m'appelle... et je suis infirmière de recherche au Centre de recherche Fernand-Seguin affilié à l'Université de Montréal. Je vous appelle aujourd'hui, parce que vous avez récemment contacté la ligne téléphonique à l'Appoint le (jour/mois) et accepté qu'on vous rappelle pour obtenir votre évaluation des services reçus. Ce que vous me direz dans le cadre de cette entrevue téléphonique demeurera confidentiel et aucune information ne permettra de vous identifier. Cette entrevue durera environ une quinzaine de minutes. Pouvons-nous procéder maintenant (sinon fixer un rendez-vous).

*Note: Si la personne dit qu'elle a déjà répondu; expliquer qu'on veut maintenant parler d'un autre appel (recherche).

Si la personne présente de sérieuses difficultés à répondre au questionnaire au cours de l'entrevue téléphonique, proposer à la personne d'effectuer le questionnaire avec vous lors d'une rencontre à son domicile ou au Centre de recherche FS.

1. Avant de téléphoner à la ligne téléphonique à l'Appoint, avez-vous consulté une autre ressource ou un autre service de santé pour le même problème ?

1. Oui
- 2 **Non (passer à la question 4)**
3. NSP

2. Qui aviez-vous consulté ? (sans énumérer de préférence)

1. Médecin de la clinique privée
2. Médecin du CLSC
3. Médecin de l'urgence
4. Médecin de la clinique externe de l'hôpital
5. Infirmière du CLSC
6. Une infirmière à l'unité
7. Infirmière à la clinique externe
8. Infirmière de l'urgence
9. Travailleuse sociale
10. Ressource alternative/ médecine douce
11. Info-Santé
12. Service d'écoute, précisez: _____
13. **Autre (précisez)**
14. NSP

-
- 3. À la suite de cette consultation, quelle(s) raison(s) vous ont amené(e) à appeler la ligne téléphonique à l'Appoint ?**
1. Besoin de compléter l'information
 2. Je ne me souvenais pas des conseils reçus
 3. J'étais insatisfait du service reçu
 4. Le problème avait changé ou évolué
 5. La ressource consultée m'avait conseillé de le faire
- 6. Autre (précisez)**
7. NSP
- 4. Lorsque vous avez décidé d'appeler à la ligne téléphonique à l'Appoint, est-ce que vous avez eu de la difficulté à trouver le numéro de téléphone ?**
1. Oui
 2. Non
 3. NSP
- 5. Est-ce que vous avez dû composer plusieurs fois le numéro avant de pouvoir obtenir la ligne téléphonique ?**
1. Oui
 2. Non
 3. NSP
- 6. Selon vous, combien de minutes vous a-t-il fallu attendre avant de pouvoir parler directement avec un(e) intervenant(e) de la ligne téléphonique ?**
-
- 7. Est-ce que ce délai d'attente vous a semblé acceptable ?**
1. Oui (passer à la question 9)
 2. Non
 3. NSP
- 8. Dans votre situation, combien de minutes auriez-vous pu attendre avant de pouvoir parler directement avec un(e) intervenant(e) de la ligne téléphonique à l'Appoint ?**
-
- 9. Avez-vous parlé à un(e) intervenant(e) capable de comprendre et de parler suffisamment votre langue lors de votre appel à la ligne téléphonique ?**
1. Oui
 2. Non
 3. NSP
- 10. Je vais vous proposer un choix de réponse, diriez-vous que l'intervenant(e) de la ligne téléphonique à l'Appoint a... le problème ou les questions que vous lui avez soumis(es) ?**
1. très bien compris
 2. assez bien compris
 3. peu compris
 4. pas du tout compris
 5. NSP

11. Lors de votre appel, est-ce que le langage ou les mots utilisés par l'intervenant(e) pour vous informer ou répondre à vos questions étaient... ?

1. Très clairs
2. Assez clairs
3. Peu clairs
4. Pas clairs du tout
5. NSP

12. Lors de votre appel téléphonique, quel était votre plus grand besoin ? (sans énumérer de préférence)

1. Écouté(e) attentivement
2. Soutenu(e), supporté(e), encouragé(e), rassuré(e)
3. Informé(e), renseigné(e)
4. Aidé(e) pour travailler sur une difficulté particulière
5. Dirigé(e) vers une ressource
6. Autre (précisez)
7. NSP

13. Est-ce que les informations ou les conseils reçus ont été... pour vous ?

1. Très faciles à comprendre
2. Assez faciles à comprendre
3. Un peu difficiles à comprendre
4. Très difficiles à comprendre
5. NSP

14. Considérant vos besoins et votre expérience de vie au moment de votre appel à la ligne téléphonique, est-ce que l'intervenant(e) vous a fourni des réponses ou des solutions qui vous ont semblé... ?

1. Très utiles
2. Assez utiles
3. Peu utiles
4. Inutiles
5. NSP / NRP

15. Est-ce que vous avez trouvé l'intervenant(e)... ?

1. Très poli(e) (courtois(e))
2. Assez poli(e) (courtois(e))
3. Peu poli(e) (peu courtois(e))
4. Pas poli(e) du tout (non courtois(e))
5. NSP

16. Diriez-vous que l'intervenant(e) vous a aidé dans le choix des solutions les plus utiles et adaptées à votre situation au moment de votre appel ?

1. Beaucoup
2. Assez
3. Peu
4. Pas du tout
5. NSP

17. Au moment de votre appel à la ligne téléphonique, sur une échelle de 0 à 10, quel était alors votre degré d'inquiétude si 0 signifie que vous n'étiez pas du tout inquiet(e) et 10 signifie que vous étiez extrêmement inquiet(e) ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Au moment de votre appel à la ligne téléphonique, à quel point votre besoin était-il urgent sur une échelle de 0 à 10, si 0 signifie « pas urgent du tout » et 10 signifie « extrêmement urgent » ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Tout compte fait, diriez-vous que votre appel à la ligne téléphonique a eu pour effet... ?

1. D'augmenter votre inquiétude
2. De diminuer votre inquiétude
3. Ni l'augmenter, ni la diminuer
4. NAP (n'était pas inquiet)
5. NSP / NRP

20. Est-ce que l'intervenant(e) vous a recommandé de consulter une ressource ou vous a référé à un autre service ? (Indiquer oui, si répond « non, sauf si la situation se détériore »).

1. Oui, si oui demander quel type de ressource ? : _____
2. Non (passer à la question 23)
3. NSP

21. Dans quel délai ou à quelle condition l'intervenant(e) vous a-t-il (elle) recommandé de consulter ou d'entrer en communication avec cette ressource ? Était-ce...

1. Consulter immédiatement
2. Consulter dans un court délai de quelques heures
3. Consulter seulement si la situation se détériore (ou empire)
4. NSP

22. Avez-vous consulté(e) cette ressource dans le délai recommandé ?

1. Oui (passer à la question 24)
2. Non
3. NSP

23. Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas consulté la ressource recommandée par l'intervenant(e) ? (sans énumérer de préférence)

1. Parce que le problème s'est résolu de lui-même
2. Parce que j'étais incertain(e) d'avoir bien saisi quelle ressource consulter
3. Parce que je ne me fiaais pas à la ressource recommandée
4. Parce qu'une autre action plus pertinente me semblait plus indiquée
5. Parce que la ressource n'offre pas le service correspondant à mon problème
6. Parce que la ressource était non disponible
7. Parce que je ne pouvais m'y rendre
8. Parce que je ne pouvais me payer ses services
9. Parce que le temps/liste d'attente était trop long

10. Autre (précisez)

11. NSP

24. Avez-vous, consulté une autre ressource, même si l'intervenant(e) ne l'a pas spécifiquement recommandé lors de l'appel ?

1. Oui
2. **Non (passer à la question 30)**
3. NSP

25. Pour quelle(s) raison(s) avez-vous consulté une autre ressource ? (sans énumérer de préférence)

1. Parce que le problème s'est aggravé/détérioré
2. Parce que je n'avais pas confiance aux informations ou conseils donnés
3. Parce que j'étais très inquiet (inquiète)
4. Parce que cette ressource est facilement disponible
5. Parce qu'un proche ou une personne influente a insisté pour que je le fasse
6. **Autre (précisez)**
7. NSP

26. Quel type de professionnel ou de ressources avez-vous consultés ?

1. Médecin
2. Travailleur social
3. Infirmière
4. Pharmacien
5. Intervenant
6. **Autre (précisez)**
7. NSP

27. Dans quel type d'établissement pratique cette ressource ?

1. Clinique privée/polyclinique
2. CLSC
3. Urgence
4. Clinique externe d'un hôpital
5. Centre d'hébergement / Centre de crise
6. Service Info-Santé
7. Service d'écoute
8. NSP

28. Avez-vous consulté cette ressource immédiatement ?

1. Oui
2. Non
3. NSP

29. Est-ce que l'intervention qui a été faite par l'intervenant a été... efficace pour résoudre le problème ?

1. Très
2. Assez
3. Peu
4. Pas du tout
5. NSP

30. Est-ce que l'intervenant(e) de la ligne à l'Appoint vous a recommandé de faire par vous-même des interventions ou actions à la maison pour solutionner ou stabiliser la situation ?

1. Oui
2. Non (passer à la question 35)
3. NSP

31. Est-ce que vous avez posé les interventions ou actions recommandées par l'intervenant(e) ?

1. Oui (passer à la question 33)
2. Non
3. NSP

32. Pour quelle(s) raison(s) vous n'avez pas fait les interventions ou actions recommandées par l'intervenant(e) ?

1. Parce que le problème s'est résolu de lui-même
2. Parce que j'étais incertain(e) d'avoir bien saisi quoi faire
3. Parce que je ne me fiais pas aux conseils donnés
4. Parce qu'une autre action me semblait plus indiquée
5. Parce que la situation s'est compliquée et j'ai dû consulter une autre ressource
6. Autre (précisez)
7. NSP

(Passer à la question 34)

33. Est-ce que les interventions ou actions mises en application ont été efficaces pour résoudre le problème ?

1. Très
2. Assez
3. Peu
4. Pas du tout
5. N'en a pas mis en application
6. NSP

34. Vous estimez-vous satisfait(e) de l'enseignement reçu de la part de l'intervenant(e) en regard des interventions ou actions à effectuer ?

1. Très
2. Assez
3. Peu
4. Pas du tout
5. NSP

35. Considérez-vous que la ligne téléphonique à l'Appoint vous a permis d'acquérir ou de vérifier suffisamment vos connaissances pour résoudre des problèmes semblables, s'il se présentaient à nouveau ?

1. Oui
2. Non
3. NSP

36. À tout considérer, est-ce que le fait d'avoir fait appel à la ligne téléphonique pour tenter de répondre à votre besoin vous a été... utile ?

1. Très
2. Assez
3. Peu
4. Pas du tout
5. NSP

37. De façon générale, diriez-vous que vous êtes satisfait(e) du soutien reçu par l'intervenant(e) lors de votre appel ?

1. Très
2. Assez
3. Peu
4. Pas du tout
5. NSP

38. Diriez-vous que vous êtes satisfait(e) de la qualité de l'écoute de l'intervenant(e) lors de votre appel téléphonique ?

1. Très
2. Assez
3. Peu
4. Pas du tout
5. NSP

39. Lors de votre appel téléphonique à l'Appoint, est-ce que vous saviez à quel type de professionnel vous vous adressiez ?

1. Oui
2. Non
3. NSP

Si oui, précisez: _____

40. Si la ligne téléphonique à l'Appoint n'avait pas existé, diriez-vous que vous auriez fait appel à un autre type de ressource ou de service ?

1. Certainement
2. Probablement
3. Probablement pas
4. Certainement pas
5. NSP / NRP

41. Pour chacun des choix mentionnés, veuillez nous indiquer s'il s'agit pour vous d'un avantage à utiliser la ligne téléphonique à l'Appoint, plutôt qu'une autre ressource ?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 1. Accessibilité facile | ☐ Oui | ☐ Non |
| 2. Service disponible 24 heures sur 24 | ☐ Oui | ☐ Non |
| 3. Économiser de l'argent | ☐ Oui | ☐ Non |
| 4. Avoir plus d'informations sur le problème et les solutions | ☐ Oui | ☐ Non |
| 5. Avoir plus de temps pour exposer/discuter du problème | ☐ Oui | ☐ Non |
| 6. Éviter les déplacements | ☐ Oui | ☐ Non |
| 7. Parler à un professionnel | ☐ Oui | ☐ Non |
| 8. Service personnalisé | ☐ Oui | ☐ Non |
| 9. Avoir une réponse immédiate | ☐ Oui | ☐ Non |
| 10. Compétence des intervenants de la ligne à l'Appoint | ☐ Oui | ☐ Non |
| 11. Permet de savoir s'il faut se présenter à l'urgence | ☐ Oui | ☐ Non |
| 12. Autre (précisez) _____ | | |

42. Feriez-vous encore appel à la ligne téléphonique à l'Appoint si un autre problème se présentait ?

1. Certainement
2. Probablement
3. Probablement pas
4. Certainement pas
5. NSP / NRP

43. Combien de fois avez-vous appelé la ligne téléphonique de l'Appoint au cours des 12 derniers mois ?

44. Pour terminer, quelques questions d'ordre général, actuellement est-ce que vous vivez... ?

1. Seul(e)
2. Sans conjoint mais avec un ou des enfants (la majorité du temps)
3. Avec un conjoint mais sans enfant (la majorité du temps)
4. Avec conjoint et enfant (la majorité du temps)
5. Autre (plusieurs adultes, communauté...)
6. NSP / NRP

45. Quelle langue parlez-vous habituellement à la maison ?

1. Français
2. Anglais
3. Autre

46. Quel niveau de scolarité avez-vous complété ?

1. Primaire (6 ans ou moins)
2. Secondaire (7-12 ans)
3. Collégial (13-15 ans)
4. Universitaire (16 ans ou plus)
5. Refus

47. Dans quelle catégorie d'âge vous situez-vous ?

1. Moins de 18 ans
2. 18 à 24 ans
3. 25 à 34 ans
4. 35 à 44 ans
5. 45 à 54 ans
6. 55 à 64 ans
7. 65 ans et +
9. Refus

48. Quelle est votre situation d'emploi actuellement ? Est-ce que vous...

1. Travaillez à temps plein
2. Travaillez à temps partiel
3. Êtes en chômage
4. Vivez de l'aide sociale
5. Êtes à la maison sans chercher d'emploi
6. Êtes étudiant(e)
7. Êtes retraité(e)
9. Refus

49. Laquelle de ces catégories décrit le mieux votre revenu familial annuel ?

1. Moins de 20 000 \$
2. Entre 20 000 et 40 000 \$
3. Entre 40 000 et 60 000 \$
4. Entre 60 000 et 80 000 \$
5. Plus de 80 000 \$
9. NSP / NRP

50. Notez le sexe

1. Homme
2. Femme

51. En terminant, avez-vous des commentaires que vous aimeriez faire ?

1. Oui (écrire le commentaire)
2. Non / Rien / NSP / NRP

**GUIDE D'ENTREVUE POUR LES INTERVENANTS DE LA LIGNE TÉLÉPHONIQUE:
« INFORMATION ET RÉFÉRENCE EN SANTÉ MENTALE »**

Indications à transmettre concernant la confidentialité:

Tel que prévu dans le projet de recherche, les entrevues avec les intervenants sont enregistrées, mais leur contenu demeurera confidentiel. Les bandes sonores seront détruites à la fin des analyses et personne ne sera identifié lors des présentations subséquentes ou dans le rapport de recherche. Les résultats de la recherche seront diffusés de façon globale.

1. Comment décririez-vous l'aide que vous apportez aux appelants lors des interventions téléphoniques? (*Description de la nature de l'aide*)
2. Pouvez-vous me tracer un profil des appelants? (*Selon la perception des intervenants qui sont les appelants*)
3. Quels sont, selon vous, les avantages ou les bénéfices perçus par les appelants à communiquer avec la ligne de l'Appoint, plutôt qu'un autre service?
4. Quels sont les appels ou les types de demandes où il vous est le plus facile d'intervenir? (*Expliquez...*)
5. Quels sont les appels ou les types de demandes où il vous est le plus difficile d'intervenir? (*Expliquez...*)
6. Pouvez-vous décrire de quelle façon vous favorisez la participation de l'appelant à la détermination de sa ou ses situation(s) de santé?
7. Quels outils utilisez-vous pour vous aider à répondre aux besoins des appelants?
(Si l'intervenant nomme ici d'autres outils que ceux prévus à l'origine, lui demander de décrire ces outils et d'expliquer en quoi ces derniers lui sont utiles pour effectuer son travail.)
8. Comment trouvez-vous les outils élaborés à l'origine du projet pour vous aider à répondre aux besoins des appelants soit: le répertoire des ressources; le guide portant sur les situations de santé; le guide portant sur le suivi de la médication et la fiche d'appel? (*Développez*)
9. Vous arrive-t-il d'avoir l'impression que vous auriez besoin d'autres outils de travail pour bien répondre aux besoins des appelants? Si oui, lesquels?
10. Existe-t-il des mécanismes formels ou informels vous offrant un soutien lors d'appels complexes? Si oui, précisez...
11. Dans quelle mesure (totalement, partiellement ou insuffisamment) la fiche d'appel que vous utilisez jusqu'à maintenant permet-elle de tracer un portrait précis de la situation de l'appelant? (*Développez...*)
12. Dans quelle mesure (totalement, partiellement ou insuffisamment) retrouve-t-on sur les fiches d'appels les situations de santé problématiques ciblées chez l'appelant? (*Développez...*)
13. Actuellement, identifiez-vous des informations supplémentaires à celles que vous recueillez et qu'il serait pertinent d'obtenir pour bien intervenir? Si oui, lesquelles?
14. Identifiez-vous des points à améliorer en regard:
- Des interventions posées, de la fiche, des outils ou autres ?
15. Selon vous, pour répondre à une ligne téléphonique tel que celle de l'Appoint, quelles sont les qualifications, habiletés et les compétences que doit posséder un intervenant?

16. De façon générale et ce, en fonction de vos compétences, des outils à votre disposition pour effectuer votre travail et des besoins des appelants, comment évaluez-vous votre pratique téléphonique?

- (Après réponse à développement si pertinent demander) Dans l'ensemble diriez-vous que votre pratique est...

- ☐ à développer: connaissances, habiletés, actions manquantes requérant des corrections;
- ☐ à perfectionner: connaissances, habiletés, actions méritant d'être approfondies ou nécessitant des améliorations;
- ☐ à maintenir: connaissances, habiletés, actions appropriées, à poursuivre dans leur application.

17. Actuellement combien d'intervenants travaillent de façon régulière à la ligne téléphonique?

- Leur formation ou titre d'emploi?

18. Présentement quelles sont les heures d'opération de la ligne?

19. Dans le fonctionnement actuel de la ligne, dans quelle proportion est-ce des infirmières qui répondent à la ligne?

- Pour les autres intervenants veuillez préciser les circonstances dans lesquelles ils effectuent ce travail, la fréquence, le pourcentage approximatif...

20. Y a-t-il des critères spécifiques pour déterminer quels intervenants peuvent répondre à la ligne téléphonique?

- Si oui, lesquels ?

- Ces critères sont-ils respectés?

21. Existe-t-il des activités d'orientation pour les intervenants affectés à la ligne?

22. Au cours de la dernière année, les intervenants de la ligne ont-ils bénéficié d'activités de formation en cours d'emploi en lien avec les nouveaux besoins de la clientèle ou les nouvelles ressources?

- Si oui lesquelles?

- Si non, estimez-vous que vous auriez eu besoin de participer à de telles activités et sur quels thèmes?

23. Lorsque l'intervenant assure la réponse téléphonique à la ligne, assume-t-il d'autres tâches durant les mêmes heures? (*Développez...*)

24. Identifiez-vous des lacunes ou des difficultés en regard du fonctionnement actuel de la ligne?

- Si oui, lesquelles?

- Des moyens sont-ils prévus à court terme pour apporter des améliorations?

25. Le service téléphonique (ou télépratique) étant un mode de prestation de soins particulier, en regard de la protection du public, dans l'exercice de votre travail, avez-vous des préoccupations ou inquiétudes que vous aimeriez exprimer?

26. En terminant, à votre connaissance, existe-t-il des différences entre le fonctionnement actuel du service téléphonique et son projet, tel qu'il avait été prévu à l'origine?

- Si oui, quelles sont ces différences?

- Comment les expliquez-vous?

27. Avez-vous des commentaires que vous souhaiteriez exprimer ou des questions?

Merci,

(P.S. Ne pas oublier d'explorer, lors d'une question, l'information à l'effet que la ligne téléphonique n'en est pas une de référence selon LB contrairement à ce qui était prévu).

LE TYPE DE RECHERCHE
FERNAND-SEGUIN

Le 17 février 2000

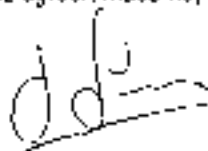
Madame Denise Grégoire
 Hôpital Louis-H. Lafontaine

OBJET : Projet de recherche : Grégoire Denise, Ricard Nicole, Bonin Jean-Pierre, Frégeau Raymond. « Évaluation d'un service téléphonique infirmier en santé mentale ».

Madame,

La présente est pour vous confirmer que le Comité d'éthique de la recherche a accepté lors de sa réunion du 20 janvier 2000 votre projet de recherche ci-dessus mentionné.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Frédéric Grunberg, M.D.
 Président du Comité d'éthique de la recherche
 de

et Dr. Hugues Cormier, directeur scientifique Centre de recherche Fernand-Seguin

7531, rue Hochelaga
 Montréal (Québec) H1N 3V2
 Téléphone : (514) 351-4013
 Télécopieur : (514) 351-2617

Site Web : <http://www.crs.quebec.qc.ca>

Projet: Évaluation d'un service téléphonique en santé mentale**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**

Chercheurs: Denise Grégoire, inf., M.Sc., Nicole Ricard, inf., Ph.D., Jean-Pierre Bonin, inf., Ph.D. (cand.), Raymond Fréneau, inf., M.Sc.

Agente de recherche: Janique Beauchamp, inf., Ph.D. (cand.)

Nom (en lettres majuscules s.v.p.)

Il m'a été proposé de participer à une étude visant à comprendre les effets d'un nouveau service offert à la population, soit un service téléphonique en santé mentale. En tant qu'intervenant impliqué dans le service, je comprends que mes commentaires et mon expertise peuvent être d'une grande utilité pour évaluer et, le cas échéant, améliorer le service téléphonique.

J'accepte en signant ci-dessous de participer à une entrevue semi-structurée enregistrée sur bande sonore pour le projet de recherche. L'entrevue semi-structurée examinera ma perception des appels, soit ceux qui représentent un défi et ceux pour lesquels il est plus facile d'intervenir; ma perception du fonctionnement du service téléphonique; ma perception des outils mis à ma disposition et leur adéquation face aux problèmes présentés par la clientèle.

On m'a expliqué que mon refus de participer à cette entrevue n'aura aucun effet sur ma situation au travail. Ce projet est confidentiel, ce qui veut dire que seul le personnel de recherche aura accès à l'information que je fournirai. Mes supérieurs n'auront pas accès aux informations nominales. Enfin, je comprends que les publications qui pourraient résulter de ce projet contiendront des informations ne permettant pas d'identifier une personne en particulier.

Je comprends que si j'avais quelque autre question, je peux contacter madame Denise Grégoire (251-4000, poste 3035), à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, ou madame Nicole Ricard au Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine (251-4015, poste 3457). Une copie de ce formulaire de consentement m'est remise.

Je donne maintenant mon accord à participer à l'entrevue décrite ci-haut.

Signature: _____

Date: _____