

COMPARAISON ENTRE LE QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ ET L'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE POUR L'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION

Céline Mercier

Centre de recherche de l'Hôpital Douglas / l'Université McGill
Montréal, Québec

Michel Landry

Centre Dollard-Cormier / RISQ
Montréal, Québec

Résumé: Les données obtenues auprès de 212 répondants inscrits à un programme de réadaptation pour toxicomanie démontrent que l'administration d'un questionnaire auto-administré sur les lieux de traitement ou par entrevue téléphonique donne des résultats comparables pour la mesure de la satisfaction et de l'amélioration perçue. Par contre, les usagers répondant sur place ont davantage tendance à attribuer les changements constatés au traitement reçu que ceux rejoints par téléphone. Si l'on tient compte de cette différence, le choix entre ces deux modes d'administration peut se fonder sur leurs avantages et limites respectifs, en fonction des objectifs et du contexte de l'enquête.

Abstract: Data gathered from 212 clients in a substance abuse program showed that there was no statistically significant difference in the results on measures of satisfaction and perceived changes whether data collection was through a telephone survey or a self-administered questionnaire filled out at the agency. However, on-site respondents who filled out the self-administered questionnaire were more prone to ascribe the perceived changes to the treatment they received. Once this difference is taken into account, the choice between these two modalities can be based on their respective advantages and limitations depending on the survey context and its objectives.

La satisfaction des usagers représente un indicateur de première importance pour l'évaluation de la qualité et des résultats des services de santé. D'abord proposée par Donabedian (1980), la prise en considération du point de vue de l'utilisateur des services a pris une importance croissante ces dernières années. L'émergence des

mouvements de consommateurs de services de santé, le soutien politique aux mouvements de défense des droits, et les efforts concertés pour identifier des indicateurs transversaux de qualité se sont traduits par la reconnaissance du rôle des usagers dans l'évaluation de la qualité et des résultats.

Les études se sont donc multipliées autour de l'évaluation de la satisfaction et sur les qualités métriques des instruments de mesure (Health Services Research Group, 1992; Pascoe, 1983; Ware, Snyder, Wright, & Davies, 1983). Cependant, on remarque la quasi absence d'études comparatives entre les divers modes d'administration d'un questionnaire de satisfaction. Dans le domaine de l'évaluation de programme, les entrevues face-à-face sont privilégiées. Cependant, leur coût élevé, le temps requis pour ce type de cueillette de données, et la nécessité d'obtenir des informations auprès de larges segments de la population font en sorte que l'on a de plus en plus recours à des sondages téléphoniques (voir par exemple, Prévost, Fafard, & Nadeau, 1998; RRSSS-Montréal-Centre, 1994). Cet article porte sur l'impact du mode d'administration d'un questionnaire de satisfaction sur la qualité des données et les résultats obtenus.

LA COMPARAISON DES MODES D'ADMINISTRATION D'UN QUESTIONNAIRE

C'est dans le domaine de l'épidémiologie et des enquêtes de santé en population générale que l'on s'est le plus interrogé sur l'impact du mode d'administration d'un questionnaire sur les résultats obtenus. On a ainsi comparé l'entrevue face-à-face, le sondage téléphonique, le questionnaire auto-administré en présence d'un tiers, et l'enquête par la poste. Ces études comparatives ont pour but, soit de déterminer si des données obtenues avec deux modalités différentes peuvent être agrégées (Van Ooijen, Ivens, Johansen, & Skov, 1997), soit de vérifier la validité respective de différentes modalités de collecte de données. De façon générale, elles permettent aussi de documenter les avantages, les limites, et les coûts de chacune des modalités (Hochstim, 1967; Siemiatycki, 1979). Pour établir ces comparaisons, on administrera le même questionnaire, mais sous deux modalités différentes à une même population (Rohde, Lewinsohn, & Seeley, 1997; Van Ooijen et al., 1997; Wells, Burnam, Leake, & Robins, 1988) ou on utilisera deux modalités auprès de populations comparables (Fournier & Kovess, 1993; Weeks, Kulka, Lessler, & Whitmore, 1983).

La plupart des études comparatives entre différentes modalités d'administration d'un même questionnaire ont porté entre l'entrevue face-à-face d'une part et l'entrevue téléphonique ou le questionnaire auto-administré par la poste d'autre part. Ces enquêtes concluent que les résultats obtenus par téléphone ou par la poste se comparent avantageusement avec ceux obtenus en entrevue face-à-face (Aneshensel, Frerichs, Clark, & Yokopenic, 1982; Fournier & Kovess, 1993; Rohde et al., 1997; Simon, Fleiss, Fischer, & Gurland, 1974; Weeks et al., 1983). Même lorsque la qualité des données recueillies à partir des enquêtes face-à-face apparaît sur quelques points supérieure à celle obtenue par téléphone ou par la poste, ces types d'enquêtes sont quand même recommandés, étant donné leurs avantages logistiques et les économies de coûts (Rohde et al., 1997).

Parmi les études sur l'influence du mode de collecte des données sur la nature des résultats obtenus, il semble que seule l'étude de Walker et Restuccia (1984) ait porté sur la mesure de la satisfaction face aux services. Ces auteurs ont réalisé deux collectes de données indépendantes, l'une par la poste, l'autre par téléphone sur la satisfaction quant aux soins hospitaliers. Ils indiquent une préférence pour l'enquête postale sur l'entrevue téléphonique, puisqu'elle est moins sujette à la désirabilité sociale, moins coûteuse, et assure la confidentialité.

CONTEXTE DE L'ENQUÊTE ET OBJECTIFS

Cette étude s'inscrit dans le cadre du Programme d'amélioration continue de la qualité des services et la satisfaction des usagers de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. Elle a été réalisée au Regroupement des centres de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes Alternatives, Domrémy-Montréal et Préfontaine, devenu depuis avril 1998 le Centre Dollard-Cormier. L'étude avait pour objectif d'évaluer: (a) le niveau de satisfaction des usagers du Regroupement, tout en établissant le niveau de base pour une comparaison après la fusion des trois établissements (le Centre Dollard-Cormier); (b) la perception des résultats du traitement par les usagers (ainsi que d'établir la validité de contenu du questionnaire sur cette variable); (c) l'atteinte des objectifs par rapport à la consommation; et (d) la faisabilité et la validité de deux modes d'administration du questionnaire, soit sur place, de façon auto-administrée, et par téléphone. Cet article concerne ce dernier objectif, soit la comparaison entre

les deux modes de collecte des données, du point de vue des résultats obtenus et de la qualité des données.

MÉTHODOLOGIE

Une étude en milieu naturel

Cette étude a été réalisée dans les conditions réelles d'application de la mesure de satisfaction. Elle visait à répondre à des questions précises en rapport avec l'implantation d'une procédure de suivi opérationnel de la satisfaction de la clientèle sur une base régulière. Les questions à clarifier étaient les suivantes: Vaut-il mieux procéder par un sondage sur place ou par enquête téléphonique? Quelle est la faisabilité respective de ces deux approches? Quelle est l'influence de ces modes de collecte de données sur les résultats obtenus?

Procédure de collecte des données

Une première contrainte, au moment où l'on veut établir une procédure de collecte de données sur une base régulière, est son intégration aux modes de fonctionnement habituels de l'organisation. Ainsi, pour la passation sur place du questionnaire auto-administré, on a dû adopter trois modes différents de recrutement, pour tenir compte des particularités de chaque centre. Dans un centre, un intervenant se tenait à l'accueil et proposait aux usagers de prendre quelques minutes de leur temps afin de répondre à un questionnaire. Ceux qui acceptaient étaient reçus dans une salle par un autre intervenant qui leur présentait le questionnaire et restait sur place pour répondre à leurs questions et recueillir le questionnaire complété. À un autre endroit, les questionnaires ont été remplis au début des rencontres régulières des groupes de thérapie. Enfin, dans le troisième centre, deux rencontres de groupes ont été spécifiquement organisées pour répondre au questionnaire. Au total, 112 questionnaires ont été complétés. La répartition des répondants suivant le centre est illustrée au tableau 1.

Pour le sondage téléphonique, on a d'abord sollicité 200 usagers pour ensuite transmettre leurs coordonnées à une firme de sondage. Au même titre que pour le questionnaire auto-administré, le recrutement des participants potentiels s'est fait différemment selon les centres. Dans un centre, pour obtenir 115 noms, un échantillon systématique des 1524 dossiers actifs a été tiré à partir du 1328^e dos-

sier (nombre généré de façon aléatoire), en retenant un dossier à tous les 13. Une lettre informant ces usagers du sondage leur a été envoyée, les invitant à y participer et à signifier leur désaccord, s'ils désiraient être retirés de l'échantillon. Dans les deux autres centres, on a sélectionné au hasard respectivement 55 et 30 dossiers actifs. L'accord de ces personnes pour l'entrevue téléphonique a été obtenu par le responsable du programme. Dans tous les cas, l'anonymat, la confidentialité, et la possibilité de se retirer de l'enquête sans préjudice étaient assurés aux participants. L'entrevue téléphonique a été réalisée auprès des 100 premières personnes qui ont accepté d'y participer. La répartition des répondants suivant le centre est exposée au tableau 1.

Pour le sondage téléphonique, seulement six personnes ont refusé leur participation, jusqu'au moment où on ait atteint l'échantillon voulu de 100 répondants. Le taux de refus ne peut être calculé pour les répondants sur place, puisque tous les répondants potentiels n'ont pas été sollicités et que les refus étaient généralement justifiés par le manque de temps, ce qui se comprend, étant donné le caractère impromptu du recrutement (au moment du passage au centre). On n'observe pas de différence significative entre les deux échantillons sur les variables pour lesquelles on dispose de données, soit le sexe et l'âge.

Instruments de collecte des données

Les instruments de collecte des données comportent principalement un questionnaire sur la satisfaction et un questionnaire sur le changement perçue. La section sur la satisfaction est tirée d'un question-

Tableau 1
Répartition de l'échantillon du questionnaire auto-administré sur place et de l'enquête téléphonique selon le centre

CENTRE	Questionnaire auto-administré		Sondage	
	N	%	N	%
A	47	42	57	57
B	40	35,7	27	27
C	25	22,3	16	16
TOTAL	112	100	100	100

naire générique de 38 items utilisé par la Régie régionale de Montréal-Centre (RRSSS-Montréal-Centre, 1995). Ce questionnaire a été développé à partir de groupes thématiques pour évaluer la satisfaction quant aux services offerts par les CLSC (centres locaux de services communautaires), les cliniques médicales, et les centres hospitaliers de courte durée. Dans sa forme originale, il est utilisé auprès de la population générale dans le cadre de sondages téléphoniques (jusqu'ici, deux sondages auprès de 4,000 usagers). Dans le cadre de cette étude, il s'agissait de voir dans quelle mesure on pouvait l'utiliser auprès des clientèles des centres de réadaptation en toxicomanie. Il a donc été pré-expérimenté pour vérifier la formulation des items et leur compréhension, à partir de groupes thématiques (Landry, Mercier, Caron, & Beaucage, 1997). La section sur la satisfaction inclut aussi le CSQ-8 de Larsen, Attkisson, Hargreaves, et Nguyen (1979), traduit par Sabourin, Pérusse, Gendreau, et Frenette (1989).

Le questionnaire sur le changement perçu comporte 19 items sur le niveau de changement dans différents domaines (sommeil, stabilité émotionnelle, capacité de gérer le stress, consommation, situation générale, par exemple) et autant d'items sur l'attribution de ce changement au fait d'être venu au Centre. Ce questionnaire est en développement dans le cadre d'une problématique de recherche qui s'intéresse aux relations entre la persévérance dans le traitement, la satisfaction, et la perception de l'efficacité du traitement. Déjà les questionnaires classiques peuvent comporter un item (CSQ-8 de Larsen et al., 1979) ou une sous-échelle (SSS-30 de Greenfield & Attkisson, 1989) sur le changement perçu. Cependant, le fait que l'on considère désormais que l'utilisateur doit participer à l'évaluation des services et que sa perception du changement joue un rôle complémentaire aux recherches évaluatives expérimentales et quasi-expérimentales justifie que l'on s'interroge sur la validité et l'utilité de recueillir l'opinion des personnes à ce propos (Newman & Tejada, 1996).

À la fin du questionnaire sur le changement perçu, une question à trait à l'objectif principal du répondant en matière de consommation et sur le niveau d'atteinte de cet objectif. Cinq questions portant respectivement sur l'âge, le sexe, la date du premier contact, et le nombre de démarches antérieures au Centre du répondant complètent le questionnaire.

Pour le calcul des indices de satisfaction, de changement, et d'attribution, les réponses de 1 à 4 ont été converties en valeur 0 à 100 où

une réponse de 1 correspond à la valeur zéro, une réponse de 2 à la valeur 33, une réponse de 3 à la valeur 66, et une réponse de 4 à la valeur 100. Pour l'échelle d'attribution qui en est une en 3 points, les valeurs accordées sont: une réponse de 1 correspond à la valeur zéro, une réponse de 2 à la valeur 50, et une réponse de 3 à la valeur 100.

Analyses

La procédure de collecte des données permet d'obtenir un pourcentage moyen de satisfaction pour chaque item, ainsi qu'une moyenne générale de satisfaction. Cette procédure est la même pour l'analyse de l'amélioration et de l'attribution. Les pourcentages moyens de satisfaction, d'amélioration, et d'attribution selon le mode de collecte de données ont été comparés au moyen de tests «*t de Student*».

RÉSULTATS

Les différences suivant le mode d'administration

Pour deux des trois sections du questionnaire, on constate l'absence de différence significative entre les deux types d'administration du questionnaire, soit pour la moyenne générale de satisfaction et pour la moyenne générale d'amélioration. Seule la moyenne générale d'attribution affiche une différence significative entre le questionnaire auto-administré par écrit sur place et le sondage téléphonique, moyenne d'attribution plus élevée pour le questionnaire auto-administré (Tableau 2).

Tableau 2
Comparaison des moyennes de satisfaction, amélioration, et attribution selon le mode de cueillette des données

	MODE DE CUEILLETTE DES DONNÉES				TEST-T
	Auto-administration par écrit sur place		Sondage téléphonique		
	M	N	M	N	
Satisfaction	85	-112	82	-100	N.S.
Amélioration	64	-111	68	-100	N.S.
Attribution	52	-109	43	-100	p < .01

De même, très peu d'items varient suivant le mode d'administration. Seulement trois questions du domaine de la satisfaction montrent des différences significatives. Ces items sont: «On vous traite avec respect», «On ne s'occupe pas seulement de votre problème immédiat» et «L'atmosphère est agréable». On obtient aussi pour le domaine de l'amélioration trois items significativement différents. Ces items portent sur «la stabilité émotionnelle», «l'opinion que vous avez de vous-même» et «votre capacité à gérer des crises».

Sur la dimension de l'attribution, où une différence significative dans la moyenne générale est observée, six items affichent une moyenne significativement différente. Il s'agit des items concernant l'alimentation, la santé physique, les relations avec les personnes de l'entourage, le logement, la situation judiciaire. Les items présentant des différences significatives ont des moyennes plus faibles au questionnaire téléphonique, comme ce fut le cas pour la moyenne générale.

Les données manquantes

On observe un nombre de données manquantes plus grand pour les questionnaires auto-administrés sur place que pour les entrevues téléphoniques et ce pour les trois dimensions du questionnaire (Tableau 3).

DISCUSSION

Les modes de cueillette de données par téléphone ou sur place semblent aussi valides l'un que l'autre pour la mesure de la satisfaction et de l'amélioration. Dans les deux cas, la tâche est bien reçue par les usagers et les deux modalités présentent un excellent taux de réponse.

Tableau 3
Nombre de données manquantes par dimension

	MODE DE CUEILLETTE DES DONNÉES	
	Auto-administré par écrit sur place (N=112)	Sondage téléphonique (N=100)
Satisfaction	305	184
Amélioration	329	221
Attribution	461	150

Par ailleurs, une différence significative à un seuil de 0,05 a été révélée sur la moyenne générale d'attribution, avec un taux d'attribution des résultats au traitement plus élevé pour les usagers ayant répondu sur place que pour ceux ayant répondu par téléphone. Une explication possible de cet écart serait que le fait d'être sur les lieux du traitement incite davantage à attribuer au Centre l'amélioration. D'un autre côté, le fait d'être contactés à la maison, loin du lieu de traitement, rendrait les répondants plus sensibles à d'autres variables et ferait en sorte qu'ils aient moins le centre de traitement à l'esprit que ceux qui y sont présents. De plus, les répondants sur place ont été sollicités pour la recherche lorsqu'ils se présentaient pour leur traitement, tandis que les répondants au téléphone pouvaient avoir cessé de fréquenter les services depuis quelques mois déjà, bien que leur dossier soit encore considéré comme actif sur un plan administratif.

Le fait que les questionnaires auto-administrés produisent un plus grand nombre de données manquantes a déjà été rapporté ailleurs (De Leeuw, 1993; Fournier & Kovess, 1993; Hochstim, 1967), ce qui confirme que l'interaction entre l'interviewer et le répondant dans l'entrevue téléphonique ou face-à-face favorise un meilleur contrôle des réponses. Dans la situation actuelle, on peut aussi considérer que les usagers ayant répondu sur place, encore en traitement, n'ont pu répondre à toutes les questions de satisfaction.

Dans le cas des deux modalités de cueillette de données qui viennent d'être étudiées, un questionnaire auto-administré sur place et une entrevue téléphonique, les avantages et les désavantages ne sont pas clairement départagés. Les deux modalités d'enquête semblent donner des résultats comparables sur les deux grandes dimensions de la satisfaction et des résultats perçus. En comparaison avec l'enquête téléphonique, le questionnaire auto-administré sur place est moins coûteux et relativement facile à réaliser. Par contre, il favorise le recrutement des usagers les plus fréquents et se limite à ceux qui sont encore en traitement. Il semble aussi plus sensible à la désirabilité sociale, si on se fie aux différences concernant l'attribution.

En revanche, l'entrevue téléphonique, surtout avec un échantillonnage au hasard, permet de recruter un éventail plus large d'usagers. Ceux-ci ont plus de chances de considérer le traitement reçu avec une certaine distance, ne serait-ce que parce qu'ils ne sont pas physiquement à la clinique ou parce qu'ils la fréquentent moins fré-

quemment ou plus du tout. Les données manquantes sont moins nombreuses dans le cas de l'enquête par téléphone que pour le questionnaire auto-administré sur place. Il est aussi plus facile de remédier aux difficultés de lecture ou de compréhension. Lorsque l'enquête est réalisée par une agence de sondage, le répondant peut se sentir rassuré par rapport à l'anonymat. Certains des avantages de l'enquête postale et du questionnaire auto-administré, comme la possibilité de réfléchir ou de visualiser les questions et les choix de réponses, peuvent enrichir l'enquête téléphonique, lorsque le questionnaire est posté à l'avance au répondant. La logistique est cependant plus complexe (entre autres pour respecter les règles d'éthique) et les coûts plus élevés (sans être excessifs). Cette méthode n'est pas exempte de biais non plus, puisque les personnes les plus instables et les plus démunies, de même que celles qui sont en rechute seront plus difficilement rejointes par téléphone.

Une des limites sérieuses des enquêtes en milieu naturel est que l'on a fort peu de contrôle sur les conditions expérimentales et les personnes participantes à la recherche. L'information peut pallier, dans une certaine mesure, à cette absence de contrôle. C'est pourquoi, une recommandation, suite à cette étude est de recueillir au moment de la passation du questionnaire les informations sur les variables les plus susceptibles d'influencer les résultats de satisfaction. Ainsi, dans le cadre de la passation sur place, on devrait demander au répondant, à la fin du questionnaire: 1) si celui-ci a été rempli en groupe ou de façon individuelle; et 2) s'il a reçu ou non de l'aide pour le compléter, et si oui, de qui. Il faudrait aussi lui demander la fréquence de ses visites au Centre au cours de la dernière année. Dans le cas de l'enquête téléphonique, à la fin de l'entrevue, il s'agirait de demander à la personne 1) la date de son dernier contact avec le Centre 2) de vérifier si elle est toujours suivie au Centre; et 3) lui demander de préciser la fréquence de ses visites au cours de la dernière année. Ces informations minimales pourront par la suite permettre de contraster les résultats sur les variables dont on peut penser qu'elles affectent les perceptions.

Cette étude n'a pas pris en compte l'envoi d'un questionnaire par la poste. Walker et Restuccia (1984) aussi bien que Fournier et Kovess (1993) ont identifié plusieurs avantages à l'enquête postale et la préférèrent à l'enquête téléphonique. Les répondants seraient plus confortables avec cette méthode: elle leur donne plus de temps pour réfléchir, protège mieux la confidentialité puisque le répondant n'a pas de contact direct avec un interviewer, et est ainsi moins sensi-

ble à la désirabilité sociale. Cette méthode, fort peu coûteuse, est généralement écartée pour ses taux de réponse très bas et parce que les rappels peuvent entraîner des coûts supplémentaires importants aussi bien que des délais dans la collecte des données. Comme on a développé diverses stratégies pour pallier au problème des faibles taux de réponse (Bourque & Fielder, 1995; Sully & Grant, 1997), cette modalité mériterait sans doute d'être étudiée de près.

CONCLUSION

Cette étude a permis d'établir que pour mesurer la satisfaction des usagers d'un centre de réadaptation pour alcooliques et toxicomanes, on peut leur proposer de remplir un questionnaire sur place ou les rejoindre par téléphone, sans que la modalité d'enquête n'influence les données pour ce qui est de la satisfaction et des résultats perçus. Cependant, lorsque les répondants sont rejoints au centre plutôt qu'à domicile, ils vont davantage attribuer les résultats au traitement reçu. Les questionnaires remplis sur place comportent davantage de données manquantes, mais le coût de la collecte des données est moindre. Si l'on a peu de moyens, il est donc valable de réaliser une enquête sur place. Bien que celle-ci favorise le recrutement des clients les plus réguliers, ce biais ne semble pas affecter les résultats de satisfaction et de changement perçus.

Le sondage téléphonique est bien reçu par la clientèle et devrait assurer une meilleure représentativité, malgré le risque de recruter moins de personnes instables ou en rechute. Bien que les coûts du sondage téléphonique soient supérieurs à ceux de l'enquête sur place, la différence n'est pas aussi importante qu'entre l'entrevue face-à-face d'une part et l'enquête téléphonique ou postale d'autre part. Cela confère plus de latitude dans le choix d'une modalité d'enquête et permet de considérer dans ce choix les ressources disponibles, les objectifs, et le contexte de l'enquête, en relation avec les possibilités et les limites de chacune des modalités. Dans les deux cas, l'ajout de quelques questions sur les conditions de passation (enquête sur place) et sur les modalités actuelles de fréquentation du Centre (enquête sur place et sondage téléphonique) permettrait de tenir compte de ces variables dans l'interprétation des résultats.

Pour aller plus loin dans cette voie, il serait souhaitable que des études de ce type soient reprises pour d'autres services et incluent les enquêtes par la poste. Il demeure cependant que les résultats de cette étude démontrent que l'enquête sur place, parce que peu coû-

teuse et malgré ses limites, rend accessible un suivi régulier de la satisfaction de la clientèle et offre la possibilité d'une première démarche d'évaluation de la qualité qui prenne en compte le point de vue des usagers.

REMERCIEMENTS

Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, dans le cadre du Programme d'amélioration continue de la qualité des services et la satisfaction des usagers. Nous voulons aussi remercier toutes les personnes, usagers, intervenants et cadres du Centre Dollard-Cormier qui ont participé à la validation du questionnaire et à l'administration du sondage.

RÉFÉRENCES

- Aneshensel, C.S., Frerichs, R.R., Clark, V.A., & Yokopenic, P.A. (1982). Measuring depression in the community: A comparison of telephone and personal interviews. *Public Opinion Quarterly*, 46, 110–121.
- Bourque, L.B., & Fielder, E.P. (1995). How to conduct self-administered and mail surveys. *The Survey Kit*, 4.
- De Leeuw, E.D. (1993). Mode effects in survey research: A comparison of mail, telephone, and face to face surveys. *Bulletin de methodologie sociologique*, 41, 3–19.
- Donabedian, A. (1980). *Exploration in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: University of Michigan.
- Fournier, L., & Kovess, V. (1993). A comparison of mail and telephone interview strategies for mental health surveys. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38(8), 525–533.
- Greenfield, T.K., & Attkisson, C.C. (1989). Steps toward a multifactorial satisfaction scale for primary care and mental health services. *Evaluation and Program Planning*, 12, 271.
- Health Services Research Group. (1992). A guide to direct measures of patient satisfaction in clinical practice. *Canadian Medical Association Journal*, 1727–1731.

- Hochstim, J. (1967). A critical comparison of three strategies of collecting data from households. *Journal of the American Statistical Association*, 976–989.
- Landry, M., Mercier, C., Caron, A., & Beaucage, B. (1997). *La satisfaction et le changement perçu chez les usagers du Centre Dollard-Cormier*. Montréal: Centre de réadaptation Dollard-Cormier et RISQ.
- Larsen, D.L., Attkisson, C.C., Hargreaves, W.A., & Nguyen, T.D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 5, 349–356.
- Newman, F.L., & Tejada, M.J. (1996). The need for research that is designed to support decisions in the delivery of mental health services. *American Psychologist*, 51(10), 1040–1049.
- Pascoe, G.C. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185–210.
- Prévost, A., Fafard, A., & Nadeau, M.-A. (1998). La mesure de la satisfaction des usagers dans le domaine de la santé et des services sociaux: L'expérience de la Régie régionale Chaudière-Appalaches. *La Revue canadienne d'évaluation de programme*, 13(1), 1–23.
- Régie régionale de la Santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (1994). *Résultats de l'enquête de mai 1994 sur les attentes et la satisfaction des usagers du réseau de la santé et des services sociaux*.
- Régie régionale de la Santé et des services sociaux de Montréal-Centre. (1995). *Questionnaire de l'enquête de 1994. Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers*.
- Rohde, P., Lewinsohn, P.M., & Seeley, J.R. (1997). Comparability of telephone and face-to-face interviews in assessing axis I and II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 154(11), 1593–1598.
- Sabourin, S., Pérusse, D., Gendreau, P., & Frenette, L. (1989). Les qualités psychométriques de la version canadienne française du Questionnaire de satisfaction du consommateur de services psychothérapeutiques (traduction). *Revue canadienne des sciences du comportement*, 21, 149–159.

- Siemiatycki, J. (1979). A comparison of mail, telephone and home interview strategies for household health surveys. *American Journal of Public Health, 69*, 238–245.
- Simon, R.J., Fleiss, J.L., Fischer, B., & Gurland, B.J. (1974). Two methods of psychiatric interviewing: Telephone and face-to-face. *Journal of Psychology, 88*, 141–146.
- Sully, P.D., & Grant, P.R. (1997). Ethical and methodological improvements to mail survey research: An alternative follow-up method. *The Canadian Journal of Program Evaluation, 12*(2), 81–104.
- Van Ooijen, M., Ivens, U.I., Johansen, C., & Skov, T. (1997). Comparison of a self-administered questionnaire and a telephone interview of 146 Danish waste collectors. *American Journal of Industrial Medicine, 31*, 653–658.
- Walker, A.H., & Restuccia, J.D. (1984). Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: Mail versus telephone. *Health Services Research, 19*, 291–306.
- Ware, J.-E., Snyder, M.K., Wright, W.R., & Davies, A.R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning, 6*, 247–263.
- Weeks, M.F., Kulka, R.A., Lessler, J.T., & Whitmore, R.W. (1983). Personal versus telephone surveys for collecting household health data at the local level. *American Journal of Public Health, 73*(12), 1389–1394.
- Wells, K.B., Burnam, M.A., Leake, B., & Robins, L.N. (1988). Agreement between face-to-face and telephone-administered versions of the depression section of the NIMH Diagnostic Interview Schedule. *Journal of Psychiatric Research, 22*(3), 207–220.