

Avantages et conditions d'utilisation du contact direct avec les patients dans l'évaluation de la santé :

22 Octobre 2002. Cette Note de synthèse a été publiée dans AMIPS Info - N°66 - 2ème trimestre 2003 - p. 52 - 61

Résumé :

Les contacts directs patients sont insuffisamment exploités en France alors qu'ils apportent à ceux qui y recourent des bénéfices incontestables dans la collecte de données et la gestion de certains projets.

Sous réserve de bien maîtriser les aspects réglementaires, cette approche directe du patient est possible.

Son utilisation doit être envisagée de façon globale pour optimiser, voire parfois simplement rendre possible une étude, et non comme une simple alternative à un recueil de données par auto-questionnaires.

Le rapport coût / bénéfice d'une telle démarche doit intégrer les avantages en termes de respect du protocole, de gain de temps, d'efficacité, de qualité des données et de dynamisation des inclusions.

Les avantages du contact direct avec les patients

Docteur Xavier FOURNIE, Directeur Médical de PRO CLINICA ¹

En France, l'utilisation des contacts directs avec les patients dans le cadre de l'évaluation de la santé (essais cliniques, études épidémiologiques ou médico économiques) est émergente mais est encore insuffisamment exploitée.

Le recours aux professionnels de santé assurant les soins aux patients et en particulier au médecin investigateur reste en effet le plus souvent la règle. L'association d'un secret médical complexe à cerner en termes d'obligations et de droits avec le besoin fréquent de compétences médicales pour sélectionner le bon patient, le fait qu'un promoteur d'étude industriel du médicament n'ait pas le droit de connaître l'identité des patients et les obligations d'anonymisation des données avant traitement et autres règles édictées par la réglementation, font penser, à tort, que ces contacts directs avec les patients sont impossibles à mettre en œuvre sur notre territoire.

Ce passage via le médecin, s'il reste indispensable dans certains cas, est consommateur de temps et génère des coûts alors qu'il est sans réelle plus value pour les aspects logistiques ou le recueil de données indépendantes de l'examen clinique, telles que les données issues du patient (Patient Reported Outcomes). Il biaise ou rend complexe, voire fait renoncer à la réalisation de certaines études axées sur le suivi en situation réelle du patient et de sa prise en charge par différents professionnels de santé (études de consommations de soins par exemple).

Il conduit à imposer aux médecins investigateurs-traitants, essentiellement et naturellement impliqués dans leur activité principale de soins et souvent surchargés par cette activité, des tâches administratives perçues comme peu valorisantes et fastidieuses. Les responsables du bon déroulement d'une étude doivent développer des efforts importants et pas toujours bien vécus par les praticiens, pour les convaincre ou leur rappeler de mener des actions non médicales auprès de leurs patients (telles que l'organisation d'un examen para clinique, le rappel d'une échéance ou d'un questionnaire à compléter et à renvoyer en temps utiles).

Si certains praticiens ne tolèrent aucun tiers dans leur relation médecin-malade, d'autres cherchent à optimiser leur intervention par le biais d'une assistance externe et spécialisée pour les soulager d'une partie des aspects administratifs liés aux travaux d'évaluation.

C'est à ce besoin exprimé que répond le concept de Study Nurse ou de Technicien d'Etudes Cliniques. Une assistance sur site est la solution idéale lorsqu'il s'agit d'apporter un service global à l'investigateur : gestion du patient mais aussi du CRF, de la logistique sur site, de l'interface avec l'ARC. Cette solution, certes performante, a cependant un coût et des délais de mise en place peu compatibles avec des études à large échelle.

Une assistance par téléphone représente une alternative intéressante, notamment lorsque la gestion du patient est au centre des besoins.

¹ PRO CLINICA : 27 rue de la Villette, 69003 Lyon, Tél : +33(0)4 72 13 66 77, Fax : +33(0)4 72 13 66 76
E-mail : contact@proclinica.net, Web : www.proclinica.net

- Les avantages du contact direct avec les patients sont multiples.

Le tableau 1 ci-après dresse un panorama non exhaustif de ces avantages.

Tableau 1 : Les bénéfices du contact direct avec les patients dans l'évaluation de la santé

Meilleur respect du protocole	Respect du calendrier des questionnaires, des évaluations et des examens para cliniques par le patient
	Evaluation et renforcement de l'observance des patients au traitement à l'étude
	Réponses de professionnels de l'évaluation complétant les connaissances du médecin
	Information / formation du patient à l'utilisation et au maniement du produit à l'étude
	Moins de perdus de vue
	Moins d'abandons par la détection précoce et la gestion d'une insatisfaction du patient à l'occasion d'un contact
	Patient plus impliqué car disposant d'un interlocuteur qu'il ose déranger, possibilité d'horaires de contacts larges
Assistance aux acteurs de l'étude : Efficacité gain de temps économie	Prise en charge « VIP » du patient valorisante pour le patient mais aussi pour le médecin (le médecin est perçu comme bien « secondé »)
	Le médecin n'est plus « isolé » pour suivre son patient dans le cadre de l'étude. Il propose plus facilement l'étude à sa patientèle
	Le médecin n'est plus le passage obligé pour certaines actions liées à l'étude
	Assistance logistique, optimisation des actions en réseau : organisation de transferts du patient, de rendez-vous, remboursements de frais, déclenchement d'interventions par des infirmières ou des biologistes, livraison maîtrisée et en flux tendu des traitements de l'étude, etc...
	Permanence d'information pour le corps médical non directement impliqué dans l'étude : traitements interdits, levée d'insu, personnes à contacter, ...
	Pilotage du projet optimisé par le reporting sur les contacts effectués : avancement des travaux, anomalies détectées
Collecte des données à la source : des données plus fiables des données obtenues plus rapidement	Outil de pharmacovigilance indirecte (effet sentinelle sur la détection des EIG)
	Collecte d'informations complémentaires auprès d'autres professionnels de santé : tracking des circuits de soins
	Etudes de satisfaction patient, vécu du patient, Qualité de Vie, répercussions médico-économiques : pas de biais d'évaluation (collecte des données à la source), allègement du travail du médecin dans la collecte de ces données non directement médicales, relais de l'évaluation faite par le médecin
	Délais de collecte de l'information raccourcis et taux de réponses optimisés : information initiale, appels des patients n'ayant pas retourné leur questionnaire après un certain délai
	Meilleure qualité des données : moins de données manquantes, meilleure cohérence des données par les explications et précisions apportées (plus de facilité pour les patients à répondre aux questions sur les symptômes, compréhension orale supérieure au langage écrit chez certains patients)
	Intérêt évident quand la non réponse à un questionnaire peut être synonyme d'un événement que l'on veut mesurer : études de morbi-mortalité, études de satisfaction
	Changements / adaptations en cours d'étude facilement et instantanément réalisables (rajouter ou modifier une question par exemple suite aux premiers contacts effectués)
	Possibilité de demandes de corrections auprès du patient

- La principale limite à l'utilisation du contact direct patient par téléphone est très pragmatique : Le patient ou son entourage direct doit disposer d'un téléphone et le numéro d'appel communiqué doit être exact ...

En France et en Europe occidentale, où la quasi totalité des foyers sont équipés, le problème d'équipement téléphonique ne se rencontre en pratique que pour certaines classes sociales défavorisées et plutôt en cours de projet : coupure de la ligne pour non règlement des factures... Le recours au courrier s'impose alors pour renouer le contact.

Les taux d'échecs des contacts téléphoniques sont dans notre expérience très faibles, notamment lorsque les contacts s'inscrivent dans une période de temps courte.

Pour illustrer ce propos, le tableau 2 ci-après présente les valeurs constatées de ces taux d'échecs lors du premier contact patient (à J8 post-inclusion) et lors du second contact (à J15) dans le cadre d'une étude récente menée en France auprès de 634 patients.

Tableau 2 : Taux d'échecs aux 1 ^{er} et 2 ^{eme} contacts patients dans le cadre d'une étude épidémiologique en France	Taux d'échecs	
	Au 1 ^{er} contact (J8) 634 patients concernés	Au 2 ^{eme} contact (J15) 180 patients concernés
Problèmes téléphoniques (faux numéros, ligne déconnectée)	2.2 %	0 %
Refus a posteriori de l'entretien téléphonique (alors que le patient avait consenti à la démarche lorsque son médecin la lui avait proposée)	0.2 %	0.5 %
Patient non joignable malgré plusieurs tentatives de contacts à des jours et horaires différents	1.9 %	1.1 %
Total des Contacts non aboutis (incluant les refus a posteriori, les problèmes téléphoniques et patients non joignables)	4.3 %	1.6 %

- La comparaison des différents modes de collectes de données auprès des patients a fait l'objet de nombreuses études explorant la validité, la faisabilité, la satisfaction, la sensibilité, la reproductibilité, les aspects économiques et sociologiques (cf. références en fin de dossier).

Les résultats de ces travaux sont parfois divergents. Les différences en termes de méthodologie, de populations étudiées (hétérogénéité des pays concernés, des pathologies, de l'âge des répondants,...) et de questionnaires testés expliquent à elles seules ces divergences de résultats.

Les points suivants peuvent néanmoins être retenus :

- L'acceptabilité et la satisfaction des patients vis à vis du recueil de données et du contact téléphonique en général dans le cadre de l'évaluation de la santé sont bonnes ; si nombre de patients n'expriment pas de réelles préférences pour un mode de recueil particulier, ceux qui expriment une préférence le font souvent pour le contact téléphonique
- Pour les patients, la rapidité d'accès à l'interlocuteur, ses aptitudes de communication, sa gentillesse et la sensation d'une prise en charge personnalisée du contact, ont pratiquement autant d'importance que la qualité de la réponse apportée
- Le fait de disposer d'une écoute par téléphone ou d'un contact par une structure indépendante rassure le patient : un questionnaire adressé par simple mailing, notamment si ce questionnaire émane d'autorités administratives est anxiogène : peur de mal faire, d'avoir ses allocations réduites, ...
- Les analyses statistiques confirment la validité, la fiabilité et la reproductibilité des évaluations par téléphone. Certains travaux alertent cependant sur les risques de minoration ou au contraire de majoration par le patient dans ses réponses aux différents items d'un questionnaire selon le mode de recueil des données. Il apparaît préférable d'éviter un mélange des modes de recueil des données pour un même questionnaire au sein d'une même étude

- L'efficacité d'un entretien téléphonique est quasi similaire à celle d'un entretien face / face pour des coûts nettement inférieurs
- La rapidité de collecte, le nombre de données manquantes et la qualité des données sont très nettement optimisés, notamment pour certaines catégories de patients (personnes âgées en particulier) ; les gains constatés pour les taux de réponses des questionnaires téléphoniques par rapport aux questionnaires papier auto administrés sont de l'ordre de 15 à 30 % selon les études
- La possibilité de sélection et d'échantillonnage des patients par contact direct ou la possibilité de « tracking » du patient dans sa consommation de soins indépendamment du médecin investigateur est une plus value intéressante pour certains projets
- L'utilisation combinée de différents outils de communication : courrier et téléphone, ou serveur vocal et téléphone, ou Internet et téléphone, constitue une synergie de moyens efficace et une réponse aux problèmes rencontrés lors de l'utilisation isolée de chacun de ces médias
- Les différents moyens de standardisation des contacts comme le recours à des applications informatiques renforcent l'homogénéité des réponses et facilitent le travail des opérateurs notamment dans la programmation des appels
- La qualité des réponses demandant un classement, une évaluation de la satisfaction ou l'évaluation de symptômes apparaît meilleure par téléphone
- On observe une meilleure acceptation de certaines questions par téléphone qu'en entretien face / face (comportements sexuels par exemple). En revanche, les réponses sont plus diversifiées en face / face
- Le taux de non-retour d'un questionnaire ou de données manquantes peut représenter un biais majeur dans une étude. La pratique de relances téléphoniques optimise les taux de retour des questionnaires papier (gain de l'ordre de 25 %) et permet de compléter les questionnaires comportant des données manquantes (environ 40 % des questionnaires reçus) dans environ 70 % des cas.

Les conditions du contact direct patient

- **La qualité et le professionnalisme dans la gestion de ces contacts est l'enjeu majeur :**

Le gestionnaire des contacts doit :

- respecter la réglementation, effectuer ou disposer des déclarations et autorisations de la CNIL adaptées
- disposer d'une culture métier et des réflexes utiles dans le domaine de l'évaluation de la santé (savoir détecter un EIG lors d'un contact par exemple, connaissances méthodologiques pour éviter les biais d'évaluation : par exemple l'opérateur ne doit pas reformuler les questions d'un instrument qualité de vie)
- connaître le contexte du projet ainsi que le profil des patients et des acteurs impliqués dans l'étude : connaître leurs attentes, leurs stress respectifs, leurs comportements habituels
- savoir respecter la relation médecin malade, ne pas interférer mais au contraire renforcer et savoir utiliser cette relation
- savoir être perçu comme agent facilitant par tous, comme « assistant » et non comme « concurrent »
- disposer d'un système qualité donnant confiance à tous les intervenants et assurant l'efficacité de ces contacts et de leurs actions résultantes
- assurer un encadrement et une formation suffisante des personnels, préciser les limites et les responsabilités de chacun,
- savoir prévoir et gérer les problèmes, savoir qualifier un appel pour le transmettre dans de bonnes conditions au référent spécialisé prévu dans les circuits des processus
- savoir intégrer les attentes de chacun en termes d'efficacité quantitative (délais de réponse, nombre d'appels simultanés, ...) et qualitative (capacités relationnelles, culture générale suffisante, professionnalisme de la communication par téléphone, ...)

En résumé disposer d'un réel savoir-faire et d'un savoir-être adapté aux contacts avec des patients et des professionnels de santé, différents des contacts grand public ou du télémarketing. Les contacts avec les patients, et ce d'autant plus qu'ils s'écartent de la relation habituelle de soins, ont des exigences de qualité et de succès d'autant plus importants qu'ils engagent l'image du laboratoire promoteur de l'étude et des médecins ou structures de soins qui ont recommandé à leurs patients ce service.

La confidentialité et la sécurité des données confiées par les patients doit bien entendu être un pré requis et une préoccupation constante.

▪ Aspects réglementaires et déontologiques

*Maître Ariane MOLE, Directeur du Département Data Protection,
et Maître Nathalie BESLAY, Responsable des activités Santé, Cabinet Alain Bensoussan*²

La gestion de contacts directs avec les patients soulève naturellement des questions en termes de secret « médical », de modalités de gestion des données, de droits et d'obligations.

Il convient donc d'apporter quelques éléments de synthèse pour préciser dans quelles conditions légales, réglementaires et déontologiques ces contacts sont possibles.

La source des données concernant le patient est un élément important à prendre en compte.

En pratique deux situations principales se dégagent :

- Situation 1 : le médecin sera amené à communiquer des données patient directement nominatives.
- Situation 2 : seul le patient fournira des données directement nominatives le concernant.

- La première situation impose un partage du secret médical entre le médecin et le Gestionnaire des contacts patients. En effet, jusqu'à présent en France, le patient, même s'il y consent expressément par écrit, ne peut, en principe, délier son médecin traitant du secret médical qui présente, selon la jurisprudence, un caractère absolu. Le médecin, et plus généralement tout professionnel de santé assujéti au secret médical, au regard du caractère réglementé de la profession qu'il poursuit, ne peut donc communiquer directement des données concernant son patient à un tiers ne faisant pas partie de l'équipe de soins (sauf dérogations légales au secret médical prévues par la loi).

L'article L 1110-4 du Code de la santé publique, instauré par la loi du 4 mars 2002, a consacré, au plan légal, le principe du partage du secret médical, tout en fixant les limites et conditions de ce partage :

- deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations relatives à une même personne afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible,
- ces professionnels sont soumis au respect du secret médical,
- la personne concernée doit être « dûment avertie » de ce partage, et doit avoir été en mesure de s'y opposer.

En outre, la loi précise que s'agissant des personnes prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de soins, les informations concernant cette personne sont « réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe », consacrant ainsi ce principe reconnu par certaines décisions de jurisprudence.

Pour que dans le cadre d'une étude une gestion du patient puisse être partagée avec un autre professionnel que le médecin lui-même, ce tiers en principe doit être un professionnel de santé assumant par exemple une fonction de co-investigateur. En outre, un contrat de collaboration doit être signé entre les parties et placer le Gestionnaire des contacts sous l'autorité scientifique et médicale du médecin.

D'autre part, il est nécessaire de prévoir, en amont, l'information adéquate du patient de nature à permettre à ce dernier d'exercer son droit d'opposition, et le cas échéant de s'opposer au partage du secret couvrant les données qui le concerne.

² Cabinet Alain Bensoussan : 29 rue du colonel Pierre Avia, 75015 Paris. Tél : +33(0)1 41 33 35 35, Fax : +33(0)1 41 33 35 36
E-mail : ariane-mole@alain-bensoussan.com / nathalie-beslay@alain-bensoussan.com

- Dans la deuxième situation, le Gestionnaire des contacts va agir indépendamment du médecin, dans le cadre d'une relation directe avec le patient. En effet, si le patient ne peut délier son médecin du secret médical, il est en droit de communiquer de lui-même des informations le concernant (ainsi peut-il communiquer par exemple certaines données de santé à une compagnie d'assurance pour obtenir une assurance vie). Charge ensuite au destinataire de ne pas divulguer ces données, confiées dans une relation autre qu'un acte de soins : c'est alors le secret professionnel qui s'applique et non le secret médical (pour rester dans notre exemple d'une Assurance vie, on peut rappeler que même si le destinataire des données est un médecin conseil de la compagnie, il n'y a pas partage du secret médical entre le médecin traitant et le médecin conseil).

Rien n'interdit donc à un patient de se mettre en relation, s'il le souhaite, avec un tiers pour lui confier certaines données. Il conviendra toutefois pour ce faire de s'assurer de son consentement conformément aux dispositions d'une directive communautaire sur la protection des données personnelles, bientôt transposée en France et déjà transposée dans les autres Etats membres de l'Union Européenne. Le patient doit en effet pouvoir être assuré du respect de ses intérêts : il doit savoir à qui il confie ses données de santé, dans quels buts, et qu'il dispose d'un droit d'accès et de rectification. Il doit être totalement rassuré sur le devenir et la protection de ses données et son anonymat vis à vis des tiers doit être garanti. Il s'agit ici des principes d'information préalable imposés par la loi informatique et libertés.

Dans cette mesure, un médecin qui propose à son patient dans le cadre d'une étude de le mettre en relation avec une structure dédiée, indépendante du promoteur et du moniteur et apportant toutes les garanties nécessaires, afin de lui apporter un service de soutien à sa bonne participation, à la collecte des données ou pour des aspects de logistique ne va pas à l'encontre de la Déontologie médicale, ni ne viole la législation sur la protection des données, sous réserve des dispositions impératives du Code de la Santé Publique en matière de participation et de déroulement d'une recherche biomédicale, le cas échéant, c'est-à-dire des tâches obligatoirement assumées par les investigateurs, en cette qualité.

Son patient reste libre de refuser et ne communique que ce qu'il souhaite communiquer. Si le service ne le satisfait pas il reste libre de l'interrompre et de demander la suppression des données le concernant.

En pratique, la démarche d'information du patient et le témoignage de son accord sont documentés sur un formulaire de « demande de contacts », complété et signé par le patient et adressé au Gestionnaire des contacts. Compte-tenu des nouvelles directives européennes qui vont vers la systématisation de l'accord exprès du patient et du fait que ce formulaire apporte des informations opérationnelles utiles au Gestionnaire des contacts (heures préférentielles de contacts, identifiant indirectement nominatif du patient dans l'étude, ...), son utilisation doit être systématique.

- Quelle que soit l'origine des données, les principes et devoirs suivants conditionnent la licéité de la démarche :

- Devoir d'information et de recueil du consentement préalable du patient en application de la loi Informatique et libertés et des directives communautaires.
- Traitement des données de santé sous forme indirectement nominative, le Gestionnaire des contacts n'ayant pas vocation à maintenir un « dossier médical » sur les patients.
- Les données administratives gérées de façon directement nominative sur la base de données de gestion des contacts ne doivent pas comporter d'information permettant de relier l'identité des patients à une pathologie (ce qui reviendrait à transformer ces données en données de santé).
- Les données directement nominatives ne doivent pas être transmises au promoteur ou au moniteur de l'étude.
- Le traitement informatique destiné à la gestion des contacts doit avoir fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés. Si le Gestionnaire des contacts ne gère que des aspects logistiques (absence de collecte ou de traitement de données de santé), cette déclaration, qui fait l'objet d'un récépissé de la CNIL, est suffisante. Si des données de santé doivent être gérées, il convient d'obtenir une autorisation de la CNIL selon les modalités usuelles en vigueur (annuelle si la mission s'inscrit dans le cadre d'une recherche biomédicale, spécifique au projet dans les autres cas).

Le tableau 3 page suivante, présente une synthèse des aspects réglementaires et déontologiques liés aux contacts patients.

Tableau 3 : Aspects réglementaires et déontologiques liés aux contacts Patients

	Origine des données nominatives concernant le Patient :	
	Le Médecin (± le Patient) ↓	Le Patient exclusivement et directement ↓
Type du secret applicable au Gestionnaire des contacts	Secret Médical : le Gestionnaire des contacts, professionnel de santé, doit partager le secret médical conformément aux dispositions du code de la santé publique	Secret Professionnel : le Gestionnaire des contacts agit indépendamment du Médecin et n'est donc pas dans le cadre du secret médical.
« Contrat de collaboration » obligatoire entre le Médecin et le Gestionnaire des contacts ?	OUI : ce contrat doit placer le Gestionnaire des contacts sous l'autorité scientifique et médicale du Médecin	NON : il s'agit d'une démarche libre, directe et volontaire du patient pour communiquer des données le concernant. Le Médecin ne fait que proposer à son patient les services du Gestionnaire des contacts.
Information du Patient	Obligatoire en application de la Loi Informatique et libertés. Cette information précise le caractère facultatif ou non, le but de la collecte et du traitement, le devenir des données, les conditions d'exercice du droit d'accès et de rectification (et d'opposition au partage du secret couvrant les données qui le concerne dans le cas de données communiquées par le Médecin).	
Accord du Patient	<ul style="list-style-type: none"> - Systématique en pratique, témoignant que le patient a été « dûment averti » du partage du secret et a été en mesure de s'y opposer. - Obligatoire dans le cadre de la transposition des Directives communautaires - Obligatoire dans le cadre de la loi Informatique, Fichiers et libertés en cas de prélèvement biologique identifiant 	<ul style="list-style-type: none"> - Un appel initial direct du patient au Gestionnaire des contacts n'est pas suffisant à caractériser l'accord de principe du Patient. Le Gestionnaire des contacts doit rappeler ses droits au patient et documenter la confirmation de son accord à l'occasion de ce contact initial, puis obtenir confirmation écrite du patient. - Dans le cas où c'est le Gestionnaire des contacts qui effectue le premier contact avec le patient, un accord écrit du patient vis à vis de cette démarche (Formulaire de Demande de Contact) permet d'attester que c'est bien le Patient (et non le Médecin) qui a communiqué volontairement ses coordonnées au Gestionnaire des contacts, afin de lui permettre de le contacter et/ou de l'assister dans le cadre de l'étude. <p>Dans les deux cas, cet accord sera obligatoire dans le cadre de la transposition des Directives communautaires, s'il y a collecte et traitement de données de santé.</p>
Modalités de gestion des données par le Gestionnaire des contacts		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Administratives (nom, adresse, téléphone) 	Nominatif direct. Ces données ne doivent pas être rattachées à une pathologie	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Données de Santé 	Indirectement nominatif (et donc base de données distincte de la base de données « administrative » permettant de gérer les contacts)	
Formalités CNIL		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vis à vis du traitement des données administratives 	Déclarations générales ordinaires : gestion des contacts avec les acteurs et les patients pour les projets. La déclaration concernant la gestion des contacts patients doit présenter les mesures de sécurité utiles à la gestion de ces contacts « sensibles »	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vis à vis du traitement des données de santé 	Autorisation CNIL (annuelle si la mission s'inscrit dans le cadre d'une recherche Biomédicale, spécifique au projet dans les autres cas)	

Quelques références de la littérature sur les différents modes de collectes de données auprès des patients

<p>Telephone administration of the SF-36 health survey: validation studies and population norms for adults in Queensland.</p> <p>Watson EK, Firman DW, Baade PD, Ring I.</p>	<p>Computer assisted telephone interviewing: effects on interviewers and respondents.</p> <p>Groves RM, Mathiowetz NA.</p>
<p>Increasing response rates in telephone surveys: a randomized trial.</p> <p>Smith W, Chey T, Jalaludin B, Salkeld G, Capon T.</p>	<p>Refusal and information bias associated with postal questionnaires and face-to-face interviews in very elderly subjects.</p> <p>Hebert R, Bravo G, Komer-Bitensky N, Voyer L.</p>
<p>Validity of telephone interview data for vascular disease risk factors in a racially mixed urban community: the Northern Manhattan Stroke Study.</p> <p>Kargman DE, Sacco RL, Boden-Albala B, Paik MC, Hauser WA, Shea S.</p>	<p>The Short-Form 36 and older people: some problems encountered when using postal administration.</p> <p>Mallinson S.</p>
<p>Telephone surveys in public health research.</p> <p>Marcus AC, Crane LA.</p>	<p>Analysis of sexual behaviour in France (ACSF). A comparison between two modes of investigation: telephone survey and face-to-face survey.</p> <p>ACSF principal investigators and their associates.</p>
<p>The impact of follow-up telephone calls to patients after hospitalization.</p> <p>Dudas V, Bookwalter T, Kerr KM, Pantilat SZ.</p>	<p>Health-related information postdischarge: telephone versus face-to-face interviewing.</p> <p>Komer-Bitensky N, Wood-Dauphinee S, Siemiatycki J, Shapiro S, Becker R.</p>
<p>Methodology of a study on insomnia in the general population.</p> <p>Ohayon MM.</p>	<p>Telephone interviewing: is it compatible with interpretive phenomenological research?</p> <p>Sweet L.</p>
<p>Patient satisfaction with the outcome of surgery for urethral stricture.</p> <p>Kessler TM, Fisch M, Heitz M, Olianias R, Schreiter F.</p>	<p>Telephone validation of the Quality of Life in Epilepsy Inventory-89 (QOLIE-89).</p> <p>Leidy NK, Elixhauser A, Rentz AM, Beach R, Pellock J, Schachter S, William MK.</p>
<p>Ambulatory paediatrics: does it work?</p> <p>Macleod C, McElroy G, O'Loan D, Kennedy F, Kerr RM, Jenkins J, Lim J.</p>	<p>An examination of self- and telephone-administered modes of administration for the Australian SF-36.</p> <p>Perkins JJ, Sanson-Fisher RW.</p>
<p>Nursing home residents covered by Medicare risk contracts: early findings from the EverCare evaluation project.</p> <p>Kane RL, Flood S, Keckhafer G, Bershadsky B, Lum YS.</p>	<p>National health surveys by mail or home interview: effects on response.</p> <p>Picavet HS.</p>
<p>Public attitude to compulsory admission of mentally ill people.</p> <p>Lauber C, Nordt C, Falcato L, Rossler W.</p>	<p>Postal surveys in primary care: the hidden burden.</p> <p>Jinks C, Ong BN, Croft P.</p>
<p>Satisfaction with automated telephone disease management calls and its relationship to their use.</p> <p>Piette JD.</p>	<p>Effects of an advance telephone call in a personal interview survey.</p> <p>Bergsten JW, Weeks MF, Bryan FA.</p>
<p>Antibiotic use and upper respiratory infections: a survey of knowledge, attitudes, and experience in Wisconsin and Minnesota.</p> <p>Belongia EA, Naimi TS, Gale CM, Besser RE.</p>	<p>A comparison of costs and data quality of three health survey methods: mail, telephone and personal home interview.</p> <p>O'Toole BI, Battistutta D, Long A, Crouch K.</p>
<p>Review of the function of a telephone help line in the treatment of outpatients with rheumatoid arthritis.</p> <p>Hughes RA, Carr ME, Huggett A, Thwaites CE.</p>	<p>Follow up of patients after valvular surgery: mail vs. telephone.</p> <p>Armstrong CS, Sun Z, David TE.</p>
<p>Quality counts: auditing day-surgery services.</p> <p>Feasey S.</p>	<p>Comparison of a self-administered questionnaire and a telephone interview of 146 Danish waste collectors.</p> <p>van Ooijen M, Ivens UI, Johansen C, Skov T.</p>
<p>Prospective comparison of endoscopy patient satisfaction surveys: e-mail versus standard mail versus telephone.</p> <p>Harewood GC, Yacavone RF, Locke GR 3rd, Wiersema MJ.</p>	<p>Does the mode of questionnaire administration affect the reporting of urinary symptoms?</p> <p>Rhodes T, Girman CJ, Jacobsen SJ, Guess HA, Hanson KA, Oesterling JE, Lieber MM.</p>
<p>Request fulfilment in office practice: antecedents and relationship to outcomes.</p> <p>Kravitz RL, Bell RA, Azari R, Krupat E, Kelly-Reif S, Thom D.</p>	<p>Enhancement of the value of hip questionnaires by telephone followup evaluation.</p> <p>McGrory BJ, Shinar AA, Freiberg AA, Harris WH.</p>
<p>Predictors of non-response to a questionnaire survey of a volunteer twin panel: findings from the Australian 1989 twin cohort.</p> <p>Heath AC, Howells W, Kirk KM, Madden PA, Bucholz KK, Nelson EC, Slutske WS, Statham DJ, Martin NG.</p>	<p>A randomised controlled trial of postal versus interviewer administration of a questionnaire measuring satisfaction with, and use of, services received in the year before death.</p> <p>Addington-Hall J, Walker L, Jones C, Karlens S, McCarthy M.</p>
<p>Telephone advice nursing-callers' experiences.</p> <p>Wahlberg AC, Wredling R.</p>	<p>Telephone interviews vs. workstation sessions for acquiring quality of life data.</p> <p>Kattan MW, Fearn PA, Cantor SB, Hu J, Cowen ME, Giesler RB, Miles BJ.</p>
<p>Patient and physician satisfaction with a telephone-based anticoagulation service.</p> <p>Waterman AD, Banet G, Milligan PE, Frazier A, Verzino E, Walton B, Gage BF.</p>	<p>Assessing health-related quality of life in elderly outpatients: telephone versus face-to-face administration.</p> <p>Weinberger M, Nagle B, Hanlon JT, Samsa GP, Schmader K, Landsman PB, Uttech KM, Cowper PA, Cohen HJ, Feussner JR.</p>
<p>Osteoporosis follow-up after wrist fractures following minor trauma.</p> <p>Khan SA, de Geus C, Holroyd B, Russell AS.</p>	<p>Are health-related quality-of-life measures affected by the mode of administration?</p> <p>Weinberger M, Oddone EZ, Samsa GP, Landsman PB.</p>
<p>A comparison of three daily coital diary designs and a phone-in regimen.</p> <p>Hays MA, Irsula B, McMullen SL, Feldblum PJ.</p>	<p>Measuring alcohol consumption and alcohol-related problems: comparison of responses from self-administered questionnaires and telephone interviews.</p> <p>Kraus L, Augustin R.</p>
<p>Reliability of the VCM1 Questionnaire when administered by post and by telephone.</p> <p>Frost NA, Sparrow JM, Hopper CD, Peters TJ.</p>	<p>Assessing research outcomes by postal questionnaire with telephone followup. TOTAL Study Group. Trial of Occupational Therapy and Leisure.</p> <p>Parker C, Dewey M.</p>
<p>Time-tradeoff values and standard-gamble utilities assessed during telephone interviews versus face-to-face interviews.</p> <p>van Wijck EE, Bosch JL, Hunink MG.</p>	<p>A comparison of an electronic version of the SF-36 General Health Questionnaire to the standard paper version</p> <p>Ryan J, Corry J, Attewell R, Smithson M.</p>