

**Université de Montréal**

**Mesure et évaluation de la qualité des services  
anesthésiques selon les perceptions de patients  
et de chirurgiens**

par

**Sylvie Le May  
Département d'Anesthésiologie  
Faculté de médecine**

**Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue  
de l'obtention du grade de  
Philosophiae Doctor (Ph.D.)  
en sciences biomédicales**

**Avril 2001**



© Sylvie Le May, 2001



**Page d'identification du jury**

**Université de Montréal  
Faculté des études supérieures**

**Cette thèse intitulée :**

**Mesure et évaluation de la qualité des services anesthésiques selon  
les perceptions de patients et de chirurgiens.**

**présentée par :**

**Sylvie Le May**

**a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :**

<b>Dr Raynald Pineault, md, Ph.D</b>	<b>Président du jury</b>
<b>Dr Jean-François Hardy, md</b>	<b>Directeur de recherche</b>
<b>Dr Gilles Dupuis, Ph.D</b>	<b>Codirecteur de recherche</b>
<b>Dr Pierre Drolet, md</b>	<b>Membre du jury</b>
<b>Dr Jean-Pierre Tétrault, md, M.Sc.</b>	<b>Examineur externe</b>
<b>Dr Raymond Grenier, Ph.D</b>	<b>Représentant du doyen de la FES</b>

**Thèse acceptée le : .....**

## Sommaire

L'évaluation de la qualité des services selon les perceptions de la clientèle est un domaine peu développé en anesthésiologie. La présente thèse par articles a pour but général de développer des mesures afin d'évaluer les perceptions de patients et de chirurgiens face aux services offerts par les anesthésiologistes. Le premier article présente une revue systématique de la littérature sur la satisfaction des patients face aux services anesthésiques. Quatorze articles ont été recensés. L'ensemble du contenu de ces articles présente des erreurs dans la sélection de l'échantillon, dans la méthode utilisée ainsi qu'au niveau de l'instrument utilisé ou développé. En effet, plusieurs de ces études n'ont présenté aucun résultat concernant le développement et/ou les caractéristiques psychométriques de leur instrument. Le deuxième article concerne le développement d'une mesure ainsi que l'évaluation des perceptions de patients de chirurgie cardiaque concernant les services anesthésiques. Plusieurs étapes de validation de contenu ont précédé l'élaboration finale de l'Échelle des Perceptions de Patients face aux services Anesthésiques Cardiaques (EPPAC). La collecte des données était divisée en deux temps, soit le T-1 (4<sup>e</sup> – 5<sup>e</sup> jour postopératoire) et le T-2 (envoi postal vers le 15<sup>e</sup> jour postopératoire). Cent soixante-dix patients ont répondu à l'EPPAC et au Mini-Questionnaire (MQ) (version courte du Psychiatric Symptoms Index de Ilfeld) au T-1 et 133 (78%) ont répondu à l'EPPAC, au MQ et au Marlow-Crowne Social Desirability (MCSD) scale au T-2. Les répondants sont en général moyennement satisfaits des services anesthésiques, peu déprimés mais influencés par la désirabilité sociale. Les patients étaient satisfaits des interactions avec l'anesthésiologiste, de l'information reçue



et de l'écoute offerte par les anesthésiologistes. Cependant, ils étaient insatisfaits en regard du peu d'information reçue sur les transfusions sanguines ainsi que sur le souvenir de la présence et de la douleur reliée au tube endotrachéal. Le troisième article fait état de l'élaboration du développement d'une mesure sur la satisfaction des chirurgiens face aux services anesthésiques de même que les résultats obtenus. Cent cinquante chirurgiens (60%), sollicités par un envoi postal, ont répondu à l'Échelle de Satisfaction des Chirurgiens face aux services Anesthésiques (ESCA). L'ESCA a obtenu des résultats psychométriques acceptables. Dans l'ensemble les chirurgiens étaient satisfaits de l'expertise clinique des anesthésiologistes mais ils aimeraient que les anesthésiologistes soient plus ouverts à la communication, plus rapides, ponctuels et davantage disponibles pour répondre aux besoins des chirurgiens.

Bien que les résultats aient été obtenus à l'aide de nouveaux instruments, ils représentent toutefois des indicateurs dans le processus d'amélioration continue de la qualité des services anesthésiques.

## Résumé

L'amélioration continue de la qualité des services est un moyen essentiel pour promouvoir des services de qualité à la population et répondre efficacement à ses besoins. Cependant, comme bien d'autres spécialités médicales, l'évaluation de la qualité des services est très peu développée en anesthésiologie. Le but de cette thèse par articles (3), de nature descriptive-évaluative, est de développer des instruments pour mesurer et évaluer la qualité des services anesthésiques selon les perceptions des clientèles principales des anesthésiologistes, soit les patients et les chirurgiens.

**Premier article-** L'évaluation de la qualité des services, par les patients, est une composante essentielle de l'amélioration de la qualité des services en anesthésiologie. Cependant, nos connaissances dans ce domaine sont limitées. Nous proposons une définition du concept ainsi qu'une évaluation systématique de la littérature sur la mesure de la satisfaction des patients. Ceci dans le but de suggérer des moyens d'améliorer la méthodologie reliée à la mesure de ce concept.

Nous avons procédé à une revue systématique de plusieurs banques de données- Medline, Dissertation Abstract, Psyclit, et Cochrane- pour la période de 1980 à 2000. Nous avons également revu les bibliographies des références primaires sur la satisfaction des patients en regard des services anesthésiques. Les mots-clés suivants ont été utilisés pour orienter la recherche : amélioration de la qualité, anesthésie, qualité, perceptions des patients, satisfaction de la clientèle, amélioration continue de la qualité, mesure des résultats. La revue des écrits a permis de recenser quatorze études. Elles ont été divisées en deux

groupes selon la qualité des méthodes utilisées. Le groupe A comprend les études où les auteurs n'ont pas procédé à l'évaluation psychométrique (test de fidélité et de validité) de l'instrument qu'ils ont utilisé. Le groupe B inclut les études où les auteurs ont vérifié certaines propriétés psychométriques de l'instrument utilisé. Toutes ces études présentent des taux élevés de satisfaction des patients à l'égard des services anesthésiques. Cependant, les méthodes choisies pour l'évaluation de la satisfaction des patients présentent des biais importants. Aucune de ces études n'a présenté de moyens de contrôle des variables confondantes telles que la désirabilité sociale et la détresse psychologique. Il y a également présence de biais dans la collecte de données de quatre études. De plus, une seule étude a fourni une définition du concept mesuré et aucune n'a proposé de modèle conceptuel sur la satisfaction des patients à l'égard des services anesthésiques. Enfin, la majorité des études démontrent peu de rigueur dans le développement de l'instrument utilisé pour mesurer la satisfaction des patients.

Les études publiées à ce jour sur la satisfaction des patients sont d'une valeur douteuse. Il est essentiel d'employer des méthodes rigoureuses ainsi que des instruments fiables, afin de générer des résultats valides et cliniquement pertinents sur ce domaine important en anesthésiologie.

**Deuxième article** - Cette étude pilote présente un nouvel instrument de mesure des perceptions de patients en regard de la qualité des services anesthésiques, un indicateur important de la qualité pour lequel peu d'information est disponible.

L'Échelle des Perceptions de Patients face à l'Anesthésie Cardiaque (EPPAC) est composé de 17 items Likert et de questions sociodémographiques. La collecte de données s'est déroulée en deux temps : T-1 (4<sup>e</sup> jour postopératoire) et T-2 (15<sup>e</sup> jour postopératoire, par la poste). De plus, l'échelle de Marlow-Crowne et une forme abrégée du Psychological Symptoms Index ont été utilisées pour vérifier la désirabilité sociale et la détresse psychologique. L'analyse statistique comprenait une Analyse en Composantes Principales (ACP).

Cent soixante-dix (170) patients ont répondu aux questionnaires du T-1 et 133 (78%) patients au T-2. L'Alpha de Cronbach de l'EPPAC était de 0.58. L'ACP a révélé la présence de 4 facteurs : Interactions Patient/Anesthésiologiste, Préoccupations liées à l'anesthésie, Expérience de l'anesthésie, Gestion de la douleur. La moyenne globale de satisfaction était  $4.45 \pm 0.64$  sur un maximum possible de 6,0. Les aspects satisfaisants étaient : clarté de l'information, satisfaction face à la prémédication, empathie de l'anesthésiologiste. Les aspects insatisfaisants étaient : manque d'information sur les transfusions sanguines et souvenir de l'intubation endotrachéale. Un score de 14/20 a été obtenu au Marlow-Crowne mais la désirabilité sociale n'influçait pas la validité de construit de l'EPPAC.

**Troisième article-** L'amélioration continue de la qualité comprend la perception des clientèles d'un service. Puisque les chirurgiens font partie des principaux clients des anesthésiologistes, il devient important d'explorer leurs perceptions en regard des services anesthésiques. Ce premier article a pour but d'introduire le concept des

chirurgiens en tant que clients des anesthésiologistes, puis de présenter les étapes du développement d'un instrument sur la satisfaction des chirurgiens, soit l'Échelle de Satisfaction des Chirurgiens en regard des services Anesthésiques (ESCA), ainsi que l'évaluation des résultats obtenus à l'aide de cette échelle. Un modèle sur la satisfaction des chirurgiens en regard des services anesthésiques est présenté. L'ESCA comprend des questions de type Likert, ouvertes et sociodémographiques. Cet instrument a été envoyé à un échantillon de 250 chirurgiens sélectionné de façon aléatoire par le Collège des Médecins du Québec. Un coefficient Alpha de Cronbach de 0.84 a été obtenu pour l'ESCA. L'analyse factorielle exploratoire a identifié deux facteurs: a) expertise clinique et b) attitudes et comportement. Le score global de la satisfaction des chirurgiens était moyennement élevé (3.11/4.0). Aucun des facteurs sociodémographiques ne s'est révélé significatif en regard de la satisfaction. Des scores élevés ont été obtenus sur les items reliés à l'expertise clinique. Les items reliés aux attitudes et comportements ont obtenu des scores plus faibles. Une différence significative a été obtenue entre les deux facteurs ( $t = -5.732$ ,  $p=0.0001$ ).

L'ESCA est un nouvel instrument pour évaluer la satisfaction des chirurgiens. Les chirurgiens de l'étude sont généralement satisfaits des services anesthésiques mais plusieurs insatisfactions demeurent. Ces informations devraient être utilisées afin de favoriser la communication avec les chirurgiens et l'amélioration de la qualité des services anesthésiques.

Enfin, les résultats de cette étude ont permis de présenter les perceptions des principales clientèles de l'anesthésiologiste et d'identifier des éléments à améliorer dans la prestation des services anesthésiques prodigués aux patients et aux chirurgiens. Cependant, il est important de préciser que certaines limites associées à l'étude restreignent la généralisation des résultats. Ces aspects concernent, entre autres, la nouveauté des instruments présentés, l'homogénéité de la clientèle, la méconnaissance du rôle et des fonctions de l'anesthésiologiste par la clientèle patient, et les résultats psychométriques de l'EPPAC. Néanmoins, une méthodologie rigoureuse a été respectée, en regard des instruments développés dans cette étude, afin de contrer le plus possible les différentes lacunes identifiées dans des études antérieures sur ces sujets. Toutefois, ces instruments nécessitent encore plusieurs essais afin de déterminer davantage leurs qualités psychométriques. Ils représentent tout de même des outils efficaces afin d'obtenir des informations qui permettront d'améliorer la qualité des services anesthésiques auprès des clientèles principales de l'anesthésiologiste.

Utilisant une méthodologie rigoureuse, nous avons mis au point un instrument de mesure des perceptions de patients en regard de la qualité des services anesthésiques. La satisfaction globale moyenne était modérément élevée. Eventuellement, l'EPPAC devrait permettre aux anesthésiologistes d'améliorer la qualité des services qu'ils offrent.

## Table des matières

<b>Sommaire.....</b>	<b>iii</b>
<b>Résumé.....</b>	<b>v</b>
<b>Liste des tableaux.....</b>	<b>xii</b>
<b>Liste des figures.....</b>	<b>xiii</b>
<b>Dédicace.....</b>	<b>xiv</b>
<b>Remerciements.....</b>	<b>xv</b>
<b>Avant-propos.....</b>	<b>xvii</b>

### **I- INTRODUCTION.....1**

Survol historique de la gestion de la qualité.....	2
Définitions de la qualité.....	5
Modélisation conceptuelle de la qualité.....	8
Assurance-qualité et Amélioration continue de la qualité.....	9
Assurance-qualité en anesthésie.....	10
Satisfaction des patients et qualité perçue des services.....	14
Satisfaction de la clientèle face aux services anesthésiques.....	17
Évaluation de la qualité des services anesthésiques.....	18
Questions de recherche.....	22

### **II- CORPS DE LA THÈSE**

<b>Premier article: Patient satisfaction with anesthesia services.....</b>	<b>23</b>
Résumé.....	26
Sources.....	27
Principal findings.....	29
Conclusions.....	37
References.....	40

<b>Deuxième article :</b>	<b>Patient’s perceptions of cardiac anesthesia services :</b>	
	<b>A pilot study .....</b>	<b>49</b>
	Résumé .....	52
	Methods .....	54
	Results .....	58
	Discussion .....	63
	Conclusions .....	67
	References .....	69
	Appendix 1 : Scale Of Patients’ Perceptions of Cardiac Anesthesia Services (SOPPCAS) .....	71a
<b>Troisième article :</b>	<b>Clinimetric scale to measure surgeons Satisfaction with anesthesia services .....</b>	<b>83</b>
	Résumé .....	86
	Methods .....	89
	Results .....	92
	Discussion .....	95
	Conclusions .....	98
	References .....	100
	Appendix 1 : Surgeon Satisfaction with Anesthesia Services scale (SSAS) .....	101
<b>III-</b>	<b>DISCUSSION – CONCLUSION .....</b>	<b>113</b>
<b>IV-</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>128</b>
<b>APPENDICE A :</b>	<b>Commentaires des patients à la question 13 de l’EPPAC concernant l’amélioration de la qualité des services .....</b>	<b>138</b>
<b>APPENDICE B :</b>	<b>Commentaires des répondants chirurgiens aux questions ouvertes de l’ESCA .....</b>	<b>160</b>



## Liste des tableaux

### **Premier article**

Table I :	Characteristics of the studies .....	43
-----------	--------------------------------------	----

### **Deuxième article**

Table I :	Major postoperative complaints .....	80
Table II :	Distribution of items according to the factors of the SOPPCAS .....	81
Table III :	Responses to Likert questions of the SOPPCAS (T-1) .....	82

### **Troisième article**

Table I :	Distribution of items according to anesthesiologist factors .....	110
Table II :	Factor loading of items on SSAS scale .....	111
Table III :	Responses to Likert questions of SSAS .....	112

## Liste des figures

### **Introduction**

Figure 1 : Modèle conceptuel de l'évaluation de la qualité en anesthésie ..... 19 a

### **Deuxième article**

Figure 1 : Patient's perceptions of the quality of anesthesia services ..... 78

Figure 2 : Principal stages in the development of the SOPPCAS ..... 79

### **Troisième article**

Figure 1 : The model of Surgeon Satisfaction with Anesthesia Services ..... 108

Figure 2 : Principal stages in the development of the SSAS scale ..... 109

**À mes grands-parents, Georgette  
Bonicalzi et Gérard LeMay, qui ne m'ont  
jamais oubliée**

---

**OBITUARIES**


---



**Donabedian, Avedis**  
Ann Arbor, MI

Avedis Donabedian died peacefully of metastatic prostate cancer in sight of his beloved Eberwhite Woods on November 9, 2000. He was born in Beirut, Lebanon 81 years ago and received his MD from the American University of Beirut. He came to America to obtain a Masters in Public Health at Harvard. He entered a life of teaching and research in public health, obtaining international renown. He rose to hold the Nathan Sinai Professorship in Public Health at the University of Michigan. He retired in 1988 but he continued to lecture throughout the world until 1999. Among his numerous honors are a charter membership in the Institute of Medicine of the National Academy of Sciences, the George Welch Medal of the American Medical Association and the Sedgwick Medal of the U.S. Public Health Association. He was an honorary member of the National Academy of Medicine of Mexico and the Royal College of General Practitioners of the United Kingdom. There are foundations in his name that have been established in Italy, Spain, and Argentina. He authored eight books and numerous research articles. After retirement, he was most proud of his poetry, some of which was published in Italian. He is survived by his wife Dorothy; his sons, Haig, Bairj and Armen, his sister Margaret; brothers Hoyhannes and Christopher; and four cherished grandchildren. A memorial service will be announced at a later date. In lieu of flowers, the family prefers contributions to Arbor Hospice or the UoM School of Public Health. This poem was written two weeks before his death.

## Remerciements

J'aimerais tout d'abord remercier infiniment mon directeur de recherche, Dr Jean-François Hardy, professeur titulaire, pour m'avoir offert cette opportunité de recherche de même qu'un support financier adéquat pour la poursuite de mes études doctorales. Je le remercie également pour sa rigueur intellectuelle, son expertise, sa grande disponibilité, ainsi que ses nombreux conseils qui m'ont permis d'apprivoiser davantage les spécificités reliées à la conduite d'une recherche et à la rédaction de textes scientifiques. De plus, je lui suis très reconnaissante d'avoir pu bénéficier de sa notoriété dans le milieu médicale et de l'anesthésiologie ce qui a grandement facilité le déroulement de mes études doctorales et qui m'a permis de faire rayonner mon projet à un niveau national et international. J'en profite également pour remercier mon co-directeur, Dr Gilles Dupuis, professeur titulaire, pour son expertise méthodologique et statistique, sa grande capacité d'écoute et de support, ainsi que sa généreuse disponibilité à mon égard malgré ses nombreuses activités administratives et de recherche. Enfin, j'aimerais préciser que j'ai bénéficié d'un excellent encadrement de la part de ces deux personnes tout au long de mes études doctorales. Ce qui m'a motivé à poursuivre et compléter mes études doctorales malgré tous les obstacles et événements qui se sont dressés sur mon parcours au cours de ces cinq années.

Je profite également de cette tribune pour remercier le Dr Jean Taillefer, directeur du département d'anesthésie-réanimation de l'Institut de Cardiologie de Montréal, ainsi que tous les anesthésiologistes du département, qui m'ont généreusement supportée durant toutes ces années. Le support financier important que j'ai reçu du département m'a

permis de compléter mes études doctorales. Je tiens également à souligner le support de Mme Suzanne Kérouac, ex-doyenne et professeure titulaire, pour l'aide financière reçue de la Faculté des sciences infirmières (Fond Alma Mater) ainsi que Mme Christine Colin pour l'octroi d'une bourse de fin de rédaction afin de m'aider à compléter mon projet. Je remercie Monsieur François Harel, biostratisticien, pour son aide précieuse et son support dans le calcul, l'analyse et l'interprétation de toutes les données de cette étude. D'autres personnes ont contribué également à la réussite de mon projet, soit Marie-Christine Taillefer et Dr Serge Dubé qui ont offert généreusement de leur temps pour réviser mes textes et mes questionnaires. J'apprécie beaucoup votre support et votre intérêt envers mon étude. De plus, j'aimerais souligner l'excellente qualité de travail de secrétariat de mesdames Céline Charbonneau et Nicole Charbonneau de la firme Accès Secrétariat ainsi que leur générosité et leur dévouement envers ma réussite.

Enfin, je tiens à remercier plusieurs personnes de mon entourage qui m'ont prodigué un soutien constant et une aide généreuse durant toutes mes études doctorales, soit mes parents Lucille et Alfred Britt, mon conjoint Yves Donato, mes jumeaux Christopher et Vincent qui, à leur façon m'ont permis à plusieurs reprises de décrocher agréablement de mon travail et de préserver ma santé mentale. Je tiens également à souligner l'aide généreuse et volontaire de mes beaux-parents, Jacques et Denise Donato.

Finalement, je remercie tous les chirurgiens et les patients de cette étude qui ont consenti à répondre à mes questionnaires et à me faire partager leurs opinions concernant la qualité des services reçus.

### **Avant-propos**

L'auteure de cette thèse aimerait préciser que les opinions et jugements discutés dans ce travail sont le résultat d'une réflexion personnelle sur l'évaluation de la qualité des services anesthésiques. L'auteure n'étant pas anesthésiologiste ni médecin, la profondeur et la connaissance du sujet relève d'une certaine expérience personnelle et professionnelle concernant les soins périopératoires.

## **Introduction**



La qualité des soins et des services est un phénomène qui, depuis plusieurs années, prend de plus en plus d'ampleur. L'intérêt croissant porté à la qualité des services de santé dérive, dans une large mesure, des enjeux économiques, professionnels, sociologiques et politiques auxquels sont confrontés les systèmes de santé des sociétés postmodernes. Dans un contexte de restriction des ressources et de contrôle des dépenses, l'on recherche de meilleurs services aux meilleurs coûts en même temps que l'on essaie de se prémunir des effets négatifs du rationnement (Haddad et al., 1997). Des variations de pratique suggérant ou confirmant l'existence d'une médecine de qualité inégale, conduisent les professionnels à optimiser les pratiques médicales et vouloir offrir des garanties tangibles de professionnalisme à la collectivité (Webber, 1998).

Le présent travail doctoral, sur l'évaluation de la qualité des services anesthésiques, présente tout d'abord un condensé sur l'historique et quelques définitions de la qualité. Cette introduction au concept de la qualité sera suivie d'une présentation de notions sur l'assurance-qualité ainsi que sur l'amélioration continue de la qualité reliées plus spécifiquement au domaine de l'anesthésiologie. Enfin, suivront les objectifs généraux de cette thèse par articles.

### **Survol historique de la gestion de la qualité**

Afin de mieux comprendre comment les concepts se sont développés, à partir des succès et des écueils des différentes méthodologies appliquées à l'industrie et à la médecine, il est important de revoir brièvement l'historique de la gestion de la qualité.

Le célèbre code d'Hammourabi (1793-1750 av. J.C.), retrouvé à Suse en 1902 et conservé au Louvre, nous a permis de réaliser que, dès cette époque, la pratique de la médecine était règlementée et que des pénalités étaient prévues en cas de négligence. Les principes d'éthique avancés par Hippocrate (460-377 av. J.C.) nous apprennent, entre autres, à questionner l'efficacité de certains traitements à la mode. Plus près de nous, en 1342, le maire de Londres nommait deux Maîtres Chirugiens avec mission de surveiller la pratique de leur art et de lui rapporter les collègues dont la pratique serait déficiente. Enfin, en 1518, le Collège Royal publiait ses normes de pratique, pour l'honneur des médecins et le bénéfice du public (Eagle & Davies, 1993). En 1860, Florence Nightingale a établi les prémisses de l'assurance-qualité en présentant un système permettant de collecter et d'évaluer des données (statistiques) sur la qualité des soins hospitaliers à l'aide des taux de morbidité et de mortalité (Graham, 1995).

Les résultats obtenus par Nightingale ont démontré que les taux de mortalité variaient beaucoup d'un hôpital à l'autre. Un des pionniers du 20<sup>e</sup> siècle en évaluation de la qualité est le Dr E.A. Codman. Il était préoccupé par les résultats des soins en milieu hospitalier, tout comme Nightingale. Les résultats de ses études préconisaient les mêmes préoccupations contemporaines en regard de la qualité des soins : 1) certification de la compétence médicale, 2) accréditation des institutions, 3) considération de la sévérité et des stades de la maladie du patient, 4) importance de la comorbidité, 5) comportement du patient en regard de sa santé ou de sa maladie, et 6) influence des barrières économiques qui empêchent ou réduisent l'accessibilité aux soins. De plus, Codman préconisait de généraliser le suivi systématique qu'il pratiquait de ses patients, un an après les avoir

opérés. Ses idées, en plus de n'être pas partagées par ses confrères, lui ont valu de nombreux déboires et sont longtemps restées sans suite (Haddad et al., 1995).

De cette gestion de la qualité dans une société artisanale, nous sommes passés à la gestion de la qualité dans une société industrielle. Le concept de la qualité a été introduit au début du siècle par des industriels tel que Frederick W. Taylor (ingénieur et économiste), qui définissait la qualité par l'inspection. Selon Taylor, l'inspecteur avait la principale responsabilité de la qualité d'un bien produit ou d'un service rendu. La qualité était obtenue sous le joug de la peur et des mesures coercitives. Cette façon de conceptualiser la qualité est appelée la « Theory of Bad Apples ». Selon cette théorie la qualité est obtenue en identifiant les « mauvaises pommes » et en les éliminant du lot (Berwick, 1989). Ce type de gestion est inefficace, engendre de l'insatisfaction, de la distorsion de l'information et empêche les travailleurs d'apprendre de leurs erreurs et de s'améliorer. De plus, il entraîne beaucoup d'investissements pour peu de résultats. Il est donc préférable d'apporter des corrections au « système » plutôt qu'à quelques individus.

Néanmoins, le concept de qualité, tel qu'on l'entend dans les secteurs industriel et commercial, ne peut être simplement importé dans le secteur de la santé et des services sociaux. Le bien est d'une nature différente, intangible (le service ne peut être testé préalablement à sa délivrance), insécable (production et consommation sont simultanées), les résultats ne sont pas uniformes (un service peut être d'excellente qualité...et le client mort) et des jugements de valeurs peuvent s'opposer sur les moyens (avortement) ou les fins (intégration sociale ou non). Le caractère particulier du bien, la variabilité des

résultats et le fait que les valeurs et les jugements portés peuvent s'opposer font que les approches de qualité du secteur commercial (zéro défaut, satisfaction du client) ne peuvent être simplement transposées dans le secteur de la santé (Brunelle, 1993).

Néanmoins, certains principes du monde industriel demeurent applicables au domaine de la santé. En effet, les travaux de Deeming et Juran (1991) sur l'amélioration continue de la qualité des services de l'industrie japonaise, dans les années '50, sont facilement transférables à un contexte hospitalier. Ces théoriciens américains mentionnaient que tous les travailleurs d'une usine devraient être impliqués dans le processus vers la qualité, que dans chaque erreur se cache un trésor et que la découverte d'une imperfection promouvoit l'amélioration des processus. L'accent est porté sur les processus et non sur les personnes en précisant que ce sont les processus qui sont responsables des erreurs et non les travailleurs. Ce qui est contraire aux principes de la « Theory of Bad Apples ».

Faisant un parallèle avec les services de santé, Berwick (1989, 1995) ajoute que la qualité n'est pas perçue comme une propriété désirable de l'objet d'intérêt (les soins et services de santé) mais comme un processus sans fin qui, à la poursuite d'un idéal lointain, se définit par un effort continu de tous les membres de l'organisation pour rencontrer les besoins et les attentes des consommateurs.

### **Définitions de la qualité**

Mais qu'est-ce que la qualité des soins et services médicaux? Comment est-elle définie?

Plusieurs auteurs (Blumenthal 1996, Donabedian 1980, Palmer et al., 1991) se sont penchés sur ces questions pour tenter d'y apporter des éléments de réponse afin de mieux

cerner le concept. Donabedian, un auteur classique sur le sujet, présente trois définitions de la qualité à l'intérieur de son modèle unifié. Il définit la qualité comme étant : « l'ensemble des soins permettant de maximiser le bien-être d'un patient en tenant compte des gains et des pertes reliés au processus de soins. » Il divise l'ensemble des soins en deux domaines soit les aspects techniques et interpersonnels de l'intervenant. Il ajoute à cette définition un troisième élément soit l'aménagement physique ou les éléments de confort et d'agrément reliés au milieu de soins (amenities); ce qu'il appelle la définition absolue de la qualité. Cependant, l'auteur est conscient de l'importance de l'opinion du patient, en regard des soins qu'il reçoit, dans la conceptualisation de la qualité. C'est pourquoi il ajoute que si on prend en considération les attentes, les valeurs et les moyens des patients en plus de la définition absolue, on parle alors de définition individualisée de la qualité; car elle considère les différences entre les patients au niveau de leur état de santé, leurs caractéristiques démographiques et sociales ainsi que leur réponse aux traitements et procédures médicaux. Donabedian accorde beaucoup d'importance à certains attributs dans l'évaluation de la qualité. Ce sont l'accessibilité, la continuité, la coordination des soins ainsi que l'opinion des patients. Quelques années plus tard, soit en 1992, Donabedian modifie cette liste pour présenter d'autres propriétés des soins de santé reflétant la qualité. Ces propriétés sont : l'efficacité, la compétence, les soins optimaux, l'acceptabilité, la légitimité, et l'équité. Selon cet auteur, tous ces attributs permettent de mieux comprendre l'évolution de l'état de santé du patient de même que les attentes et les valeurs de ce dernier. Ceci permet au médecin de prendre une décision clinique plus appropriée et au patient d'être plus satisfait et de coopérer davantage à la prise en charge de sa santé.

Palmer (1991) définit la qualité des soins de santé comme : la production d'une meilleure santé et de la satisfaction d'une population en tenant compte des contraintes technologiques, des contraintes de ressources et des spécificités des consommateurs. Palmer ajoute que la qualité relève de la compétence du médecin, de l'accessibilité aux services ainsi que des habiletés interpersonnelles de l'intervenant soit entre autres, la communication et l'empathie du médecin envers le patient. Pour le patient, il n'est pas suffisant que le médecin qui le traite soit très compétent mais il doit tenir compte de ses valeurs, l'écouter et le traiter avec respect. L'auteure ajoute que les patients sont également concernés par l'environnement physique où ils reçoivent des soins soit le confort, l'intimité et la convenance des lieux.

Blumenthal (1996) mentionne que le changement le plus important dans la définition et la mesure de la qualité est constitué par la reconnaissance que les services médicaux reçus doivent tenir compte des préférences et des valeurs des consommateurs des services de santé soit les patients, et que l'opinion de ces derniers représente un indicateur important de la qualité des soins. D'ailleurs, une étude américaine suggère que le jugement porté par les consommateurs sur la qualité reposerait d'abord sur des composantes interpersonnelles puis sur la compétence des professionnels (Lohr et al., 1991). Des observations du même type sont rapportées en Angleterre, où les femmes interrogées ont insisté sur les qualités personnelles de leur médecin tout en tenant compte de leur compétence technique (Calnan, 1988).

### **Modélisation conceptuelle de la qualité**

Le cadre développé par Donabedian fournit une interprétation du concept de qualité; il constitue pour l'instant la principale référence dans le domaine. Pour cet auteur, la qualité des soins et des services se mesure en fonction des résultats obtenus, compte tenu des ressources investies et de ce qu'il est possible de réaliser dans un contexte donné. Pour apprécier la qualité, il faut donc établir un lien entre une structure (ou des conditions), un processus (ou des façons de faire) et des résultats effectifs positifs ou négatifs. La structure fait référence aux aspects organisationnels et physiques du réseau de la santé. Elle inclut les caractéristiques des ressources et des dispensateurs qui ont une certaine permanence (exigences de formation) ainsi que les instruments mis à leur disposition. Le processus englobe les activités qui se déroulent entre les dispensateurs et les clients : les façons de faire, les normes et les pratiques professionnelles. La notion de résultats effectifs renvoie aux gains ou aux modifications dans l'état de santé ou de bien-être qu'on peut ou croit pouvoir imputer aux soins ou aux services reçus (Donabedian, 1980; Lohr, 1988). L'appréciation des résultats effectifs varie dans l'espace et le temps, selon l'évolution des connaissances et les changements de perceptions. A dix ans d'intervalle, un même résultat obtenu par une même unité dispensant de la même façon des soins ou des services auprès d'une clientèle identique pourra être successivement qualifié de brillant ou de pitoyable, si ce qui est considéré comme «possible» s'est modifié à la hausse durant ce laps de temps. De plus, les structures et les processus s'appliquent ou se déroulent dans une société donnée ayant son échelle de valeurs propre de «l'acceptable» (Donabedian, 1988). Par exemple, même si l'on sait qu'un centre hospitalier affiche la meilleure performance en termes de transplantation (survie,

rétablissement, etc.), on le condamnera s'il s'avère que les organes proviennent d'enfants enlevés pour cette fin (Harding, 1981). Une approche par la négative permet de s'assurer que rien d'inacceptable ne se produit (Good enough). L'absence de signaux d'alarme ne garantit pas pour autant une qualité optimale (Best possible). En d'autres mots, les résultats négatifs constituent peut-être de meilleurs indicateurs de qualité minimale que les seuls résultats effectifs positifs, mais de moins bonnes mesures de la qualité optimale. Leur utilisation peut également être délicate si on ne vise que la sanction de fautifs (Corin, 1987; Donabedian, 1989; Roos, 1991). Ainsi, les infections survenues en milieu hospitalier constituent un bon indicateur négatif mais Sisk et al. (1990) mentionnent que la validité de cet indicateur est fortement tributaire de la volonté des centres hospitaliers de rapporter fidèlement les incidents. Si on utilise cette information pour sévir, il est vraisemblable que la bonne volonté à bien rapporter s'étiolera, et qu'on améliorera artificiellement la performance de l'indicateur.

### **Assurance-qualité et Amélioration continue de la qualité**

Dans la majorité des hôpitaux et centre communautaires, il existe des normes et des critères régissant la pratique de plusieurs professionnels de la santé (médecins, infirmières, etc.). Un tel contrôle du travail des professionnels relève de l'assurance de la qualité, qui se concentre principalement sur la structure et le processus reliés à la prestation de services. L'assurance de la qualité revoit la structure, le processus et les résultats des activités courantes en fonction de normes reconnues et vise à corriger les lacunes détectées, mais ne cherche pas spécifiquement à améliorer les situations existantes. Dans la forme que nous lui connaissons en général au Canada, elle est surtout



un outil de surveillance de la qualité des structures et des processus par les organismes accréditeurs. Cette évaluation externe d'un département ou d'une institution est une composante essentielle de la gestion de la qualité (Hardy & Pelletier, 1996). Quant à l'amélioration continue de la qualité (ACQ), elle préconise que le processus est responsable des problèmes et non les individus. L'ACQ vise à améliorer les situations plutôt qu'à comparer les performances et les situations en fonction de normes et critères déjà établis bien que cette dernière comparaison demeure essentielle (un pré-requis)(Berwick, 1989). Selon Eagle & Davies (1993), l'amélioration continue de la qualité repose sur quatre principes de base : 1) le système, non les personnes, est responsable de la qualité, 2) la qualité est l'affaire de tous, 3) la qualité est fonction de la clientèle visée, et 4) la non-qualité coûte cher.

### **Assurance-qualité en anesthésiologie**

L'assurance de la qualité en anesthésie étudie la structure dans laquelle l'anesthésiologiste travaille (la conformité des machines d'anesthésie), les processus régissant les activités de l'anesthésiologiste (l'évaluation pré-opératoire, l'induction), et l'issue des soins prodigués (décès, morbidité majeure, maladies) (Hardy & Pelletier, 1996) telles que préconisées par Donabedian.

Selon Eagle & Davies (1993), la qualité des services anesthésiques repose sur sept critères : 1) la sécurité (le risque est minimal pour le patient), 2) la compétence (des intervenants qui dispensent le service), 3) l'acceptabilité (envers les attentes des patients, des collègues et de l'accréditation), 4) l'accessibilité, 5) l'efficience (les services sont

rendus au meilleur coût), 6) l'efficacité (les services produisent les résultats escomptés) et 7) les services appropriés (aux besoins des patients et aux idéaux de l'institution). A chaque critère correspond une activité permettant de mesurer et d'évaluer le critère. De plus, qu'il s'agisse de la structure, du processus ou des résultats une grande difficulté est associée à la quête d'indicateurs valides dans le domaine de la santé. Plus particulièrement en anesthésiologie, les indicateurs reliés au processus sont difficiles à élaborer étant donné que la plupart des patients sont inconscients durant l'anesthésie.

Il existe plusieurs études ayant abordé l'assurance-qualité en anesthésie (Cohen et al., 1986, Cohen et al., 1992; Dull et al., 1990; Lagasse et al., 1995; McPeck et al., 1986; Tiret et al., 1986; Vitez, 1990). Les chercheurs de ces études se basaient sur des normes et critères pour évaluer la qualité des services anesthésiques. La plupart de ces études ont été effectuées sur des échantillons considérables et leur emphase était orientée uniquement sur l'occurrence des événements majeurs défavorables reliés à l'anesthésie (décès, arrêt cardiaque, dépression respiratoire, hyperthermie maligne, etc.), l'identification des éléments fautifs (humain ou matériel) et les facteurs déterminants reliés au patient (âge, condition physique préopératoire, et le type d'opération). Les limitations de l'assurance-qualité ainsi définie sont immédiatement apparentes. La revue des activités s'attarde principalement aux événements négatifs, met l'emphase sur le rôle déterminant des personnes, et est donc perçue comme coercitive et punitive (Eagle & Davies, 1993; Hardy & Pelletier, 1996). De plus, le contrôle de la qualité par l'inspection génère souvent des comportements négatifs car les personnes surveillées ont tendance à être sur la défensive, à nier et à dissimuler leurs actions. A l'inverse, certaines personnes

peuvent exagérer positivement leurs performances habituelles afin de plaire aux évaluateurs.

Enfin, Lee & Lum (1996) mentionnent qu'en dépit des différences au niveau des devis, du nombre estimé de chirurgies et de l'interprétation des résultats des études sur l'assurance-qualité en anesthésie, il émerge deux conclusions générales à toutes ces études :

- 1) L'incidence de la mortalité reliée à l'anesthésie est de moins de 1 sur 1000 procédures chirurgicales depuis 1980. Dans des études plus récentes, la mortalité reliée à l'anesthésie contribue à moins de 10% de toutes les mortalités opératoires.
- 2) Les facteurs ayant contribué à la mortalité anesthésique sont demeurés les mêmes au cours des années (techniques anesthésiques déficientes, monitoring peropératoire inadéquat, collapsus des fonctions respiratoire et circulatoire en postopératoire et soins postopératoires inadéquats).

L'information générée par les programmes d'assurance-qualité en anesthésie présente peu de valeur si elle ne suscite pas un changement dans la pratique des anesthésiologistes. Si les informations présentées aux anesthésiologistes sont constituées seulement de statistiques sur des événements majeurs, cela n'occasionnera presque pas de changements dans les habitudes de pratique des anesthésiologistes. Des auteurs (Eagle, Davies &

Pagenkopf, 1994) proposent plutôt la présentation de cas cliniques problématiques afin de générer des discussions et des solutions visant à améliorer la pratique anesthésique.

Au niveau des services anesthésiques québécois, la structure (ex : conformité des machines d'anesthésie), le processus (ex : l'acte anesthésique) de même que les résultats (ex : absence de complications majeures) sont bien contrôlés par des normes et critères établis par le Collège des médecins de même que par la Société Canadienne d'Anesthésie (Hardy et al., 1996). En effet, selon les rapports annuels (1994-1999) du Collège des médecins du Québec (CMQ), il y a eu très peu de plaintes formulées sur le processus anesthésique. Durant cette période (5 ans) il y a eu 41 plaintes portées contre des anesthésiologistes sur un total de 2540 pour l'ensemble des spécialités; ce qui représente seulement 1.6% des plaintes. De plus, une étude importante dirigée par Cohen et al. (1992) sur l'utilisation des résultats cliniques en anesthésie afin d'évaluer la qualité des soins (n = 27184 patients provenant de 4 centres hospitaliers), corrobore les résultats statistiques du CMQ. Les auteurs mentionnent que le taux d'événements majeurs (arrêt cardiaque, hyperthermie maligne, infarctus, déficit neurologique, conscience per-opératoire, etc.) et de décès relié à l'anesthésie est très faible (1.2%) et similaire dans les quatre hôpitaux. L'auteur principal avait antérieurement obtenu des résultats similaires dans une étude longitudinale sur une période de neuf ans (n = 112 721 patients) (Cohen et al., 1986). Ces auteurs concluent que, dans un but d'améliorer la qualité des services en anesthésie, il est préférable d'évaluer la satisfaction de la clientèle de même que les événements défavorables mineurs (nausées, vomissements, céphalées, douleurs cervicales, pharyngites-laryngites, etc.) puisque l'occurrence de ces événements est

beaucoup plus élevée (en moyenne, 20.5%). De plus, l'auteur propose de diriger davantage la recherche vers l'évaluation de la qualité des services anesthésiques selon les perceptions des principales clientèles de l'anesthésiologiste, soit les patients et les chirurgiens. Ces aspects de l'évaluation de la qualité des services anesthésiques ont d'ailleurs été très peu abordés dans la littérature.

### **Satisfaction des patients et qualité perçue des services**

Quelques auteurs affirment que le concept de satisfaction de la clientèle est étroitement relié à celui de la qualité des services en médecine (Elbeck, 1987; Pestey, 1992; Strasser & Davis, 1991). C'est pourquoi beaucoup d'attention est allouée à la mesure du niveau de satisfaction des clients (Kassirer, 1993; Vuori, 1987). Selon Linder-Pelz (1982), il est difficile de bien définir le concept de satisfaction de la clientèle car ce dernier dépend de plusieurs déterminants, entre autres, l'expérience médicale antérieure du patient, l'attitude de l'intervenant et l'environnement où s'établit l'interaction médecin-patient (Carr-Hill, 1992).

Plusieurs études ayant abordé la satisfaction des patients en regard des soins médicaux ont obtenu des résultats similaires. En effet, la plupart des répondants qui présentaient un taux de satisfaction élevé étaient d'un âge avancé et avaient un nombre peu élevé d'années de scolarité par rapport aux plus jeunes répondants qui avaient plusieurs années de scolarité et qui démontraient un regard plus critique sur les soins reçus (Megivern et al., 1992; Ross et al., 1995). En outre, l'attitude ouverte et communicative du médecin était surtout appréciée par la clientèle plus âgée. Ni la compétence du médecin, ni la

réputation du centre hospitalier et ni l'environnement physique n'étaient considérés comme des éléments importants de la satisfaction pour cette clientèle (Cleary & Mcneil, 1988; Linder-Pelz & Struening, 1985; Twemlow et al., 1995). Williams (1994) précise que l'obtention de taux de satisfaction élevés peut être interprété comme une absence d'opinion ou une acceptation du paternalisme médical. Ce phénomène étant courant chez les personnes âgées car ces personnes ont traditionnellement appris à être passives si elles voulaient plaire à leur médecin et être considérées comme étant de « bons patients ». Ces intentions de plaire et de ne pas décevoir reflètent un désir de désirabilité sociale. Cette variable peut grandement influencer et confondre l'interprétation des résultats d'une étude sur la satisfaction des patients. En effet, il est reconnu comme étant important, dans le développement d'une mesure, de vérifier son influence à l'aide d'un instrument administré concomitant à la mesure principale (Anastasi, 1982; De Vellis, 1991; Edwards, 1957; Hays & Ware, 1986; Jackson, 1984; Streiner & Norman, 1995).

Plusieurs auteurs reconnaissent l'importance d'inclure l'opinion des patients dans la mesure de la qualité des services mais précisent que l'opinion de ceux-ci concernant les soins médicaux est limitée car ils ne possèdent pas, pour la plupart, les connaissances médicales nécessaires pour juger s'ils ont reçu des soins appropriés à leur condition (Blumenthal, 1996; Brook et al., 1996; Palmer, 1991). Ils peuvent avoir certaines attentes face à leurs soins mais la satisfaction ou non de ces attentes ne devrait pas déterminer la qualité des soins reçus. En effet, plusieurs patients ayant une condition chronique et recevant des traitements sont souvent déçus des soins médicaux reçus mais la déception vient davantage d'un espoir que leur état de santé s'améliore significativement plutôt que

de l'attention et de la qualité de l'expertise des soins prodigués. A l'opposé, les patients dont l'état de santé s'est grandement amélioré suite à un séjour dans un centre hospitalier, ont tendance à être très satisfaits des services médicaux. Cependant, cette satisfaction ne garantit pas que les soins qui ont été prodigués sont de qualité. En effet, une étude a démontré que les opinions de patients concernant les habiletés techniques et la compétence de leur médecin de famille étaient largement attribuées à des qualités personnelles du médecin, soit sa gentillesse et sa capacité de réassurer ses patients (Sira, 1980). Certains psychologues qualifient ce phénomène d'effet halo, où une impression générale d'une personne vient teintée tous les autres jugements attribués à cette personne.

Par ailleurs, il est important de spécifier que le concept de perception de la qualité (perceived quality) diffère du concept général de la satisfaction des patients. La satisfaction des patients implique une connotation affective suite à des interactions avec des professionnels de la santé. Plus précisément, c'est un processus dynamique qui implique des relations entre les stimuli (soins prodigués), les jugements de valeur, les réactions et les différences individuelles (Strasser & Davis, 1991). Quant à la perception de la qualité par les patients, elle comprend un aspect plus fondamental, soit la rencontre des besoins et des attentes des patients indépendamment de leur niveau de satisfaction (Epstein et al., 1996). Par exemple, un patient peut être satisfait de certains aspects de la pratique d'un médecin sans que ses attentes (ex. : suivi rapide dans le temps) ou ses besoins (ex. : soulagement de symptômes) aient été comblés. L'étendue de l'écart entre les attentes ou désirs et les perceptions de ceux-ci déterminent, selon Zeithaml et al. (1990), la qualité des services telle que perçue par la clientèle.

C'est pourquoi les mesures sur la qualité des services de santé par la clientèle devraient être orientées vers la mesure et l'évaluation des perceptions de patients, en spécifiant dès le départ ce qui est établi comme étant des indicateurs de la qualité. De plus, il est important de procéder à cette mesure selon une approche multidimensionnelle incluant :

- 1) les interactions personnelles entre le patient et le médecin,
- 2) la perception de la qualité technique des soins,
- 3) l'accessibilité et la disponibilité des soins,
- 4) la continuité des soins,
- 5) l'environnement physique et
- 6) le succès du traitement reçu.

Cette façon de conceptualiser l'évaluation des services médicaux offre un champ plus large d'aspects à évaluer et permet davantage aux patients de contribuer à l'évaluation des services médicaux sans nécessairement posséder des connaissances médicales (Fitzpatrick, 1990). Cependant, bien que l'auteur de la présente thèse reconnaisse l'importance d'inclure ces dimensions à l'intérieur d'un instrument sur la mesure des perceptions de la clientèle en regard des services médicaux, il n'a pas été possible de considérer toutes ces dimensions dans l'élaboration de l'instrument sur les perceptions de patients face aux services anesthésiques (Deuxième article de la thèse).

### **Satisfaction de la clientèle face aux services anesthésiques**

Concernant la mesure de la satisfaction des principales clientèles face aux services anesthésiques, une revue exhaustive des principales banques de données (Medline, Current Content, Dissertation Abstract) durant la période de 1980 à 2000 a permis de recenser une seule étude sur les relations interprofessionnelles entre les anesthésiologistes et d'autres professionnels de la santé. L'étude de Vitez & Macario (1998) porte sur la satisfaction des chirurgiens à l'égard des services anesthésiques. De plus, l'interrogation



des mêmes banques de données a permis de retrouver 14 études concernant la satisfaction des patients face aux services anesthésiques (Brown et al., 1997; Burrow, 1982; Dexter et al., 1997; Dodds et al., 1985; Fleisher et al., 1999; Keep et al., 1978; Myles et al., 2000; Pennon et al., 1995, Pestey, 1992; Prebble et al., 1993; Shevde et al., 1991; Tong et al., 1997; Whitty et al., 1996; Zvara et al., 1996). Les résultats de ces 14 études présentent plusieurs points similaires : taux de satisfaction élevés, mesure invalide et/ou infidèle, méthodes peu rigoureuses. De plus, les auteurs de ces études n'ont fait état d'aucun cadre conceptuel pouvant expliquer les liens entre les variables à l'étude de même que l'identification des étapes reliées au développement de leur instrument (selon le cas).

### **Évaluation de la qualité des services anesthésiques**

Comme bien des médecins, les anesthésiologistes dispensent donc des services sans disposer de l'assurance que ceux-ci sont de qualité, i.e. satisfaisants pour leurs patients et leurs collègues. Ils obtiennent, bien sûr, des informations sur la condition des patients pendant la procédure chirurgicale et dans certains cas lors d'un suivi aux soins intensifs. Cependant, les anesthésiologistes ne possèdent à peu près aucune rétro-information concernant leur entrevue préopératoire avec le patient, l'incidence de la morbidité postopératoire, de même qu'en regard de leurs interactions et du service qu'ils offrent aux collègues des autres disciplines. La connaissance de ces informations leur serait fort utile afin de promouvoir un développement continu de la qualité en anesthésie.

Mais pourquoi se préoccuper de qualité en anesthésie? Une pratique de qualité n'apportera aucun avantage financier à l'anesthésiologiste, contrairement à plusieurs

autres spécialités, ni une augmentation du nombre de patients référés. Cependant, une pratique de qualité augmente la valeur du département aux yeux des clients (patients, collègues, administrateurs, étudiants). Comme dans tout autre domaine, l'appui de la clientèle de l'anesthésiologiste passe par la satisfaction de celle-ci. Cet appui est essentiel au progrès de l'anesthésie-réanimation, surtout en ces temps de restrictions budgétaires et de réorganisation de la pratique médicale et hospitalière (Duncan, 1993).

Afin de situer la perspective dans laquelle s'inscrit ce projet doctoral, la Figure 1 présente un modèle général de l'évaluation de la qualité des services en anesthésie-réanimation. La conceptualisation de la qualité des services telle que présentée sur le modèle comprend, au bas du schéma, l'ensemble des services offerts par un département d'anesthésie-réanimation dans un hôpital universitaire. On y retrouve les services d'anesthésie-réanimation à la salle d'opération (S.O.), aux soins intensifs (S.I.), au département d'obstétrique (OBS) et en électrophysiologie (EPS), de même qu'à la clinique de la douleur, à la clinique de pré-admission chirurgicale, à l'administration, à la recherche et au niveau de l'enseignement aux étudiants (externes, internes, résidents et étudiants gradués). Pour chacune de ces subdivisions de service, on retrouve des éléments de la triade proposée par Donabedian (1980) soit la structure, le processus et les résultats. De manière plus spécifique, la structure fait référence, entre autres, aux éléments organisationnels, aux caractéristiques du lieu physique et aux instruments disponibles à l'intervenant pour fournir un service. Le processus représente l'acte par lequel l'intervenant fournit un service au client. Cet acte est régi par des normes et standards et des valeurs éthiques associées à la profession médicale. Les résultats sont

# MODÈLE CONCEPTUEL DE L'ÉVALUATION DE LA QUALITÉ EN ANESTHÉSIE

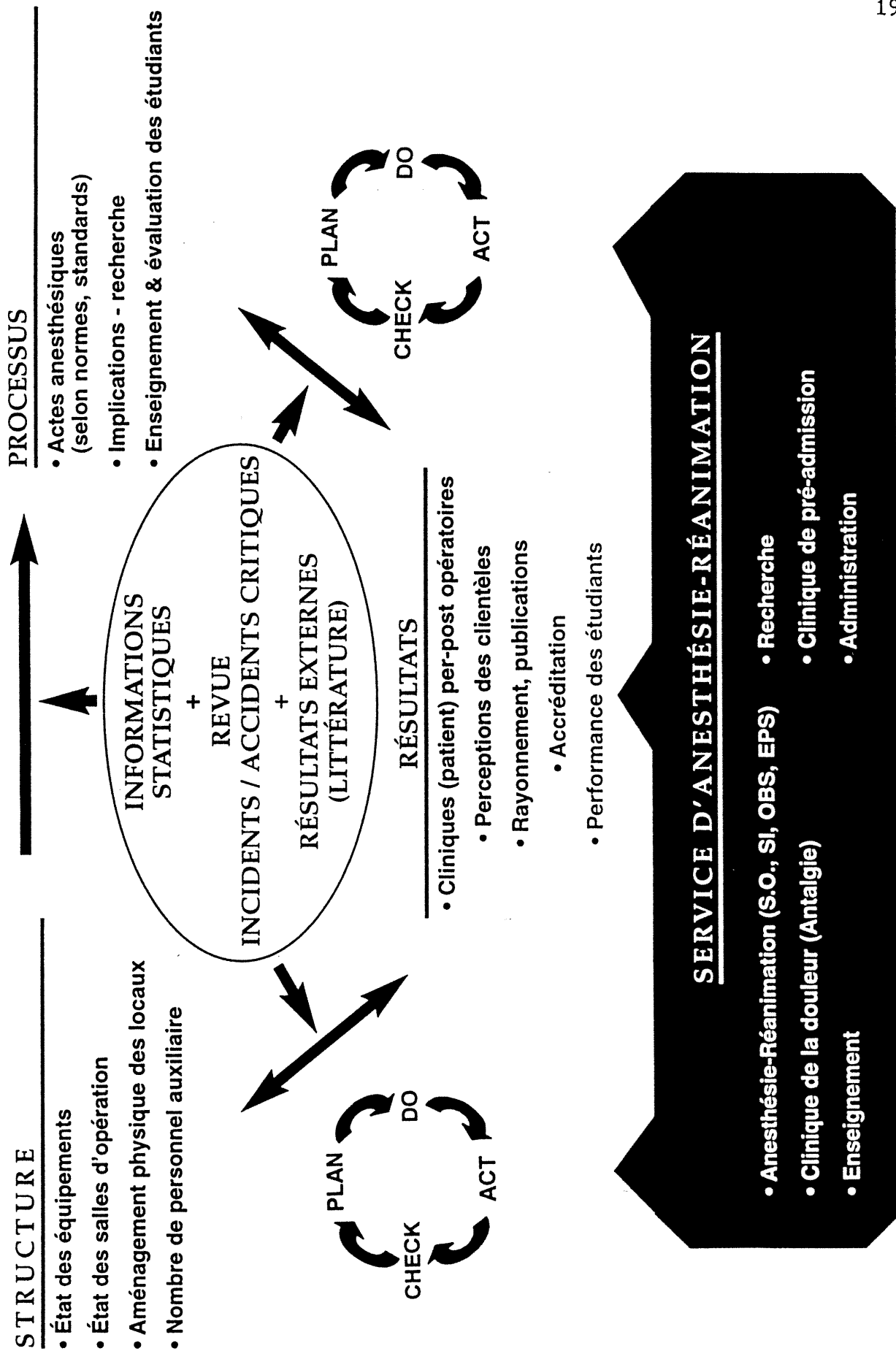


Figure 1

représentés particulièrement par les informations sur la satisfaction des utilisateurs des services anesthésiques soit les patients et les chirurgiens (Kupperwasser, 1996). Afin d'illustrer chaque élément de cette triade, voyons un exemple concret concernant la clinique de la douleur. Dans ce service on retrouve du personnel médical et infirmier et de l'équipement pour effectuer entre autres, des blocs nerveux (structure). Il s'y fait de la consultation (évaluation et intervention) par un anesthésiologiste souvent accompagné d'un étudiant (processus). Quant aux résultats ils sont observés, entre autres, par le degré d'analgésie des patients, les publications reliées aux recherches sur le soulagement de la douleur, la satisfaction des patients face à la gestion de leur douleur, etc.

L'évaluation de la qualité des services telle que présentée à la Figure 1 ne se limite pas seulement à répondre aux normes et standards attribués à chacun des éléments de la triade. Cette façon de concevoir la qualité correspond davantage à de l'Assurance-Qualité (AQ) où les intervenants doivent atteindre certains standards pour rencontrer les normes minimales exigées. Dans cette perspective, l'AQ ne correspond pas à une approche de qualité totale car elle s'appuie seulement sur des résultats indépendamment du processus utilisé (conforme aux normes). Un résultat acceptable est considéré comme satisfaisant car la norme minimale a été rencontrée (Goldstone, 1998).

A l'opposé, le modèle de la Figure 1 est dynamique et adopte plutôt une approche centrée sur l'amélioration continue de la qualité (ACQ). En effet, l'ACQ se concentre sur les processus et les résultats où on prône le meilleur service possible et l'amélioration constante des résultats. A cet effet, Rubin (1989) propose une définition d'un aspect important de l'ACQ :

A key component of these theories (quality improvement theories) is that suppliers of a good or service must receive feedback from consumers in order to identify deficiencies and guide the design of improvements. (p.S3)

L'ACQ s'appuie sur le principe du PDAC: 1-Plan, 2-Do, 3-Act, 4-Check (Deming, 1991). Ce principe permet de toujours persévérer à trouver des moyens pour améliorer les services fournis en vérifiant directement (ex. : questionnaires, entrevues) ou indirectement (ex. : dossier) auprès des clientèles ce qui peut être amélioré. Le cercle ouvert avec des flèches démontre que l'amélioration de la qualité est un processus sans fin. Les liens entre la triade, présenté à la Figure 1, s'enrichissent des données statistiques obtenues des diverses banques de données reliées aux résultats cliniques, aux caractéristiques de la clientèle, et à l'impact des diverses techniques anesthésiques utilisées ainsi que des discussions des revues critiques d'incidents/accidents et des revues de la littérature (résultats externes). Les résultats cliniques et perceptifs produits par la structure et le processus sont vérifiés, analysés et replanifiés pour essayer d'améliorer les structures et les processus anesthésiques afin d'offrir de meilleurs services à la clientèle, en l'occurrence les patients, les chirurgiens, l'administration et les étudiants. On peut même ajouter à cette liste de clients, les infirmières auxquelles sont confiés les patients.

Par conséquent, le but de cette thèse doctorale par articles, de nature descriptive-évaluative, est de développer des mesures pour évaluer la qualité des services anesthésiques en regard des perceptions de patients et de chirurgiens. Les principales questions de recherche concernant les études contenues dans la thèse sont les suivantes :

### Questions de recherche

- 1) Quel est l'état des connaissances sur la satisfaction des patients en regard des services anesthésiques?
- 2) Quelle est la validité de contenu, la consistance interne, et la validité de construit de l'échelle des perceptions de patients face aux services anesthésiques cardiaques?
- 3) Quelles sont les perceptions de patients de chirurgie cardiaque face aux services anesthésiques?
- 4) Quelle est la validité de contenu, la consistance interne et la validité de construit de l'échelle de satisfaction des chirurgiens face aux services anesthésiques?
- 5) Quelles sont les perceptions de chirurgiens face aux services anesthésiques?

Chacun des articles composant cette thèse sera tour à tour présenté au prochain chapitre.

Par la suite, une discussion-conclusion sur l'ensemble du contenu des trois articles complètera les exigences reliées à la rédaction de la thèse.

**Premier article : Patient satisfaction with anesthesia services**

# **Patient Satisfaction with Anesthesia Services**

**Le May et al. : Patient Satisfaction**

Sylvie Le May RN, M.Sc.†  
Jean-François Hardy MD†  
Marie-Christine Taillefer B.Sc.‡  
Gilles Dupuis Ph.D.‡

From the Department of Anesthesiology†, Montreal Heart Institute, Montreal, Canada,  
Department of Psychology‡, Université du Québec à Montréal, Montreal, Canada.

Address correspondence to : Dr Jean-François Hardy, Department of Anesthesiology,  
Montreal Heart Institute, 5000 East Bélanger, Montreal (Qc), H1T 1C8, Canada.

e-mail : [jean-francois.hardy@umontreal.ca](mailto:jean-francois.hardy@umontreal.ca)

This review was supported in part by the Department of Anesthesiology, Montreal Heart  
Institute, Montreal, Canada and by the Alma Mater Fund of the Faculty of Nursing of the  
University of Montreal, Montreal, Canada.

**Article accepté pour publication dans le Canadian Journal of Anesthesia 2001; 48  
(2) : 153-61.**



## Abstract

**Purpose :** The evaluation of services by patients is an essential component of continuous quality improvement in anesthesiology. Little is known, however, about how to achieve this objective. Our goal was to conduct a systematic review of all available studies on patient satisfaction with anesthesia services, thereby ascertaining the present level of knowledge in this field and suggesting ways of improving current measurement methodologies.

**Source :** We reviewed relevant major data banks- Medline, Dissertation Abstract, Psyclit and Cochrane- between 1980 and 2000 for articles on patient satisfaction with anesthesia services. Bibliographies from primary sources were also reviewed. We used the following keywords for our research : quality improvement, anesthesia, quality, patient perceptions, consumer satisfaction, continuous quality improvement, outcome measures.

**Principal findings :** A systematic review of the literature yielded fourteen studies related to patients' satisfaction with anesthesia services. We divided the studies in two groups, according to the quality of the psychometric evaluation (tests on the reliability and validity of an instrument) of the instrument used for data collection. Group A includes studies where the authors did not perform any psychometric tests on the instrument they used. Group B includes the studies where the authors performed some psychometric tests on the instrument they employed. While all studies reported high levels of patient satisfaction with anesthesia services, many used methods of questionable value to evaluate patient satisfaction. For example, none of the 14 studies controlled for any confounding variables, such as social desirability. As well, four studies have seriously biased their data collection, only one study presented a definition of the concept measured, and no study provided a conceptual model of patients' satisfaction with anesthesia services. Furthermore, the majority of the studies lacked rigour in the development of the instrument used to measure patient satisfaction.

**Conclusion :** The currently available studies of patient satisfaction are of questionable value. Only rigorous methods and reliable instruments will yield valid and clinically relevant findings of this important issue in anesthesiology.

## Résumé

**Objectif :** L'évaluation de la qualité des services, par les patients, est une composante essentielle de l'amélioration de la qualité des services en anesthésiologie. Cependant, nos connaissances dans ce domaine sont limitées. Nous proposons une définition du concept ainsi qu'une évaluation systématique de la littérature sur la mesure de la satisfaction des patients. Ceci dans le but de suggérer des moyens d'améliorer la méthodologie reliée à la mesure de ce concept.

**Source des références :** Nous avons procédé à une revue systématique de plusieurs banques de données- Medline, Dissertation Abstract, Psyclit, et Cochrane- pour la période de 1980 à 2000. Nous avons également revu les bibliographies des références primaires sur la satisfaction des patients en regard des services anesthésiques. Les mots-clés suivants ont été utilisés pour orienter la recherche : amélioration de la qualité, anesthésie, qualité, perceptions des patients, satisfaction de la clientèle, amélioration continue de la qualité, mesure des résultats.

**Principaux résultats :** La revue systématique de la littérature a permis de recenser quatorze études pertinentes. Elles ont été divisées en 2 groupes selon la qualité des méthodes utilisées. Le groupe A comprend les études où les auteurs n'ont pas procédé à l'évaluation psychométrique (test de fidélité et de validité) de l'instrument qu'ils ont utilisé. Le groupe B inclut les études où les auteurs ont vérifié certaines propriétés psychométriques de l'instrument utilisé. Toutes ces études présentent des taux élevés de satisfaction des patients à l'égard des services anesthésiques. Cependant, les méthodes choisies pour l'évaluation de la satisfaction des patients présentent des biais importants. Aucune de ces études n'a présenté de moyens de contrôle des variables confondantes telles que la désirabilité sociale. Il y a également présence de biais dans la collecte de données de quatre études. De plus, une seule étude a fourni une définition du concept mesuré et aucune n'a proposé de modèle conceptuel sur la satisfaction des patients à l'égard des services anesthésiques. Enfin, la majorité des études démontrent peu de rigueur dans le développement de l'instrument utilisé pour mesurer la satisfaction des patients.

**Conclusion :** Les études publiées à ce jour sur la satisfaction des patients sont d'une valeur douteuse. Il est essentiel d'employer des méthodes rigoureuses ainsi que des instruments fiables, afin de générer des résultats valides et cliniquement pertinents sur ce domaine important en anesthésiologie.

## Keywords

Patient satisfaction, Anesthesia services, Evaluation of quality, Continuous quality improvement, Measurement issues

The major data banks contain a vast array of articles, published between 1980 and 2000, that examined patient satisfaction with medical care. Few of these publications, however, cover patient satisfaction with services provided by anesthesiologists. Despite the paucity of publications in the field, several authors believe that patient satisfaction is an attribute of the quality of care in anesthesia.<sup>1-3</sup>

Recently, a review on patient satisfaction and anesthesia care was published,<sup>4</sup> focusing on the appropriateness of different methodologies used to measure patient satisfaction. In contrast, this present article seeks to provide a more critical review of the methodology, the development of the instrument used by the authors and psychometrics (when available) and the results obtained by selective studies treating this concept.

## SOURCES

Our methods were inspired by Cook.<sup>5</sup> Her suggested format for a systematic review of the literature includes: a description of the data sources, study selection, data extraction-synthesis and a presentation of the results.

### **Data sources**

We searched Medline, Current Contents, the Cochrane Data Base, and Dissertation Abstract for studies published between 1980 and March 2000. We searched the

bibliographies of primary and review articles for other relevant studies. Our search was restricted to French and English publications.

We used the following key words to retrieve articles : quality improvement, anesthesia (including anaesthesia), quality, patient satisfaction, patient perceptions, consumer satisfaction, continuous quality improvement, outcome measures. We also combined some of the main keywords : quality and anesthesia, quality improvement and anesthesia, patient (and consumer) satisfaction and anesthesia, quality and patient satisfaction and anesthesia (including anaesthesia).

### **Study selection**

We selected studies that emphasized patients' satisfaction with anesthesia services. Included were studies covering both ambulatory and hospitalized patients. Since relatively few studies focused mainly on patient satisfaction with anesthesia services, we did not use any selection criteria and included all publications in the present review. We excluded drug trials regarding patient satisfaction over pain management. These studies used relief of pain as the sole indicator of patient satisfaction.

### **Data extraction and synthesis**

Data were extracted following three specific categories : source, population (characteristics of the sample), a summary of the main results vis-a-vis patient satisfaction and the instrument used. Studies were divided in two groups (A and B). Group A includes those studies in which no psychometric testing (tests performed to evaluate the

reliability and validity of instruments) was done on the scales employed to measure patient satisfaction. Group B includes the studies that performed certain psychometric tests on the scale employed to measure patient satisfaction.

## PRINCIPAL FINDINGS

We found 14 studies that focused on patient satisfaction with anesthesia services. A synthesis of the data extracted from these studies is presented in Table 1 (pp. 43 à 48 de la présente thèse).

### **General characteristics of the studies**

Only four studies were randomized trials.<sup>6-9</sup> The others used convenience or consecutive samples. With regards to methods of data collection, three studies used interviews only,<sup>10-12</sup> six either mailed or handed questionnaires to patients,<sup>6,7,9,13-15</sup> and five used a combination of interviews and a paper-and-pencil questionnaire.<sup>8,16-19</sup> Almost all the authors developed their own questionnaire (or questions) for measuring patient satisfaction with anesthesia services. One author<sup>11</sup> selected a questionnaire previously developed and tested.<sup>20</sup> Only the studies in Group B presented the results of psychometric tests conducted on the scale employed to gather data.<sup>9,11,13,15,16,19</sup>

### **Main results on patient satisfaction and psychometrics**

The majority of studies, whether from group A or B, reported high levels of patient satisfaction with anesthesia. However, when patients were given an opportunity to express themselves freely, they noted certain unsatisfactory elements in the care received from anesthesiologists.

The Group B studies, although using more rigorous methods than those in Group A, still obtained very high levels of satisfaction. Only one study<sup>11</sup> (in Group B) defined patient satisfaction, and none of the six studies included a conceptual framework of their constructs. Furthermore, no study included other questionnaires to control for confounding variables, such as level of psychological distress or social desirability, even though these variables may affect a patient's ability to properly complete a questionnaire on satisfaction and to answer rationally.

The psychometric testing of the scales was performed in a variety of ways. Shevde & Panagopoulos,<sup>19</sup> presented a factor analysis of the data to reveal the presence of four distinct factors (specific complications of anesthesia, characteristics of the anesthesiologist, anxiety about being hospitalized and pain). No other testing was performed on their scale. Pestey<sup>16</sup> evaluated the reliability of her scale using a test-retest with short term surgery patients only (n=38). Pearson correlation coefficients were calculated for each individualized questions (Q2=0.76, Q3=0.88, Q4=0.76, Q5=0.79, Q7=0.66). Whitty et al.,<sup>15</sup> developed a scale using patient focus groups, comments from anesthesiologists and a theory of patient satisfaction. Content validity was verified with

patients, anesthesiologists, experts on questionnaire design, and a “fog index” (Microsoft Word software that screens a text and identifies words exceeding the level of grade 6). No other testing was performed on their scale. Tong et al.<sup>11</sup> used a Kappa (interrater agreement) between nurses and anesthesiologists to assess the reliability of their two scales (a standardized check-off form for adverse events, a 24-hr postoperative telephone questionnaire). Values of  $k > 0.9$  were obtained for both scales. As to the reliability of the questions on satisfaction, these authors relied on the psychometric informations obtained in a previous study<sup>20</sup> and did no testing of the data (data obtained using the questionnaire of Abramovitz and colleagues). Dexter and colleagues<sup>13</sup> performed various tests on their new scale (Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale [ISAS]) and obtained a value of 0.80 for internal consistency (Cronbach’s Alpha), and correlations of  $R^2 = 0.74$  (after 1 hour) and  $R^2 = 0.76$  (after 4 days) for stability (test-retest). Content validity (evaluation of the extent to which the method of measurement includes all the major elements relevant to the construct being measured) of the ISAS was verified once, before the study began; the verification was performed by professionals. To establish convergent validity, the authors compared patients’ overall scores to those predicted by their anesthesia provider ( $R^2 = 0.23$ ,  $p > 0.01$ ). Fleisher et al.<sup>9</sup> relied on the correlation between the question regarding quality of care and the one regarding satisfaction with pain management to verify the internal consistency of their instrument. A Cronbach’s Alpha of 0.62 was obtained. No other testing was performed on the scale.

## Discussion

Overall, surveys of patient satisfaction presented in this review yielded very positive results. Unfortunately, these results are often accepted at face value and considered as the sole indicator that the services offered by the department of anesthesiology, as evaluated by patients, are adequate. Since the results are so favourable, the incentive to further improve the quality of services provided is but slight.<sup>11</sup> Only one author<sup>10</sup> questioned the high level of satisfaction suggested by their results : “This apparent satisfaction should therefore give the anaesthetist little cause for self-congratulation, since it implies that the patient neither expects nor demands a high standard of service or expertise from his anaesthetist...”.

Another possible explanation for these positive results is that most researchers have a bias towards measuring satisfaction. In other words, they do not allow elements of dissatisfaction to emerge from their surveys. Questionnaires are oriented more towards the researchers' desire for positive results. They do not offer open-ended questions where patients can advance opinions or express dissatisfaction concerning elements covered or not by the survey.

Only one study<sup>11</sup> presented a clear definition of the concept of patient satisfaction. As for the remainder, since no definition was provided, it is not clear what these studies truly measured. For example, the ISAS scale<sup>13</sup> appears to measure more patients' physical condition at a precise moment in time than the patients' satisfaction regarding anesthesia services. Further, none of the 14 studies presented a conceptual framework relative to



patients' satisfaction with anesthesia services, thus leaving the reader in the dark as to what variables might explain the underlying concept.

Another important cause for concern is that no study attempted to control for any confounding variables. Respondents might not be answering the items of primary interest for the reasons we assume. There may be other motivations influencing their responses. One type of motivation that can be assessed fairly easily is social desirability. Social desirability is defined as the motivation of a person to present herself or himself in a way that society regards as positive.<sup>21</sup> If respondents are influenced by social desirability, they may distort their answers and thus invalidate their evaluation of satisfaction. For instance, in the Dexter et al. study,<sup>13</sup> 90% of the respondents, in the first version of their instrument, answered that they totally agreed with the statement "I like my anesthetist". Also, in the study by Keep et al.<sup>10</sup> one patient who had been awake during her esophagoscopy mentioned that she was satisfied with the anesthetic but would prefer to be asleep the next time! Did social desirability influence or help to explain the high levels of satisfaction obtained? Since none of the 14 studies reviewed controlled for social desirability, the validity of the results remains open to question. Perhaps the use of Marlow & Crowne's abridged social desirability scale,<sup>22</sup> along with a patient satisfaction scale, would help to increase the validity of the results obtained by excluding respondents vulnerable to social desirability.

In at least four of the studies reviewed,<sup>7,8,13,17</sup> patients may have been influenced by either the presence of the anesthesiologist or the suspicion that the anesthesiologist could

identify them. For instance, if the anesthesiologist remains nearby while the patient is completing the questionnaire, as occurred in three studies<sup>10,13,17</sup> the patients' right to anonymity and confidentiality is not protected. Patients cannot be expected to express their comments, suggestions or grievances if they have even the slightest doubt that their right to confidentiality and anonymity is not being respected.<sup>23</sup>

Few clinicians are aware of the importance of psychometric evaluation in the development of a new scale.<sup>4</sup> For example, Dexter et al<sup>13</sup> tested for reliability after an interval of four days, mentioning that "the test-retest method of assessing reliability is sensitive to the time interval between testing. The longer the time interval, the lower is the reliability". Yet, for paper-and-pencil measures, experts recommend a waiting period of two weeks to a month between tests, the goal being to keep subjects from remembering their answers to the first test, which could lead to an overestimation of the test's reliability.<sup>21,24</sup> Further, it is considered irrelevant to perform test-retest evaluation on instrument measuring patient satisfaction since this concept may vary in time and it is also influenced by the effect of memory which is an undesirable consequence in the measurement of this concept. It is more appropriate to focus on obtaining reliable results regarding the internal consistency of the scale, thus an elevated Alpha of Cronbach. Similarly, having a small developmental sample (less than 10 subjects per items) to evaluate internal consistency (Cronbach's Alpha) can produce inappropriately favourable results.<sup>21,25</sup> When the ratio of subjects to items is relatively low and the sample size is small, correlations between items will be influenced by chance to a substantial degree. An Alpha of Cronbach of 0.80 using only 49 subjects, on a scale of 11 items,<sup>13</sup> should therefore be questioned. Finally, even the

employment of a very large sample<sup>12</sup> (10 811 patients) did not compensate the evidence and consequences of a lack of rigour in the methods and the development of the instrument to measure patient satisfaction. Indeed, in the study by Myles et al.,<sup>12</sup> the variable «patient satisfaction», considered as a major outcome, was measured by a question with only three choices of answer and results dichotomized between satisfied vs somewhat dissatisfied-dissatisfied. Such strategy is not very well considered<sup>26</sup>, and it does not generate enough variance in the distribution of the data collected. In addition, services offered by anesthesiologists include many components. We doubt that such a complex issue can be properly evaluated by only one question. Serious doubts cast significant results obtained with an invalid and unreliable instrument. Further, even though the authors recognize the influence of social desirability on respondents, no measures were taken to control for this important confounding variable.<sup>27</sup>

The process that must be followed to obtain valid results is complex. It involves more than writing up a few questions and passing them along to the desired population. As well, a newly developed scale must be tested to verify what it really measures, in view of producing valid results. The initial testing of a scale is not sufficient to verify all of the attributes of both reliability and validity of the scale. Results obtained with a new scale must therefore be interpreted with caution. For the sake of psychometrics, one must “sacrifice” at least one sample; only then can one pretend to significant results on the concept measured.<sup>26</sup>

In a first trial, such psychometric measures as establishing content validity, internal consistency and construct validity (determines whether the instrument actually measures the theoretical construct it purports to measure) are considered sufficient for evaluating the properties of a scale, taking into account that a theoretical construct of the variables of the study is presented at first.<sup>26</sup> Indeed, it is inappropriate to try to perform every psychometric test available on a new scale in a single study. Achieving the complete psychometric profile of a new scale takes time.<sup>26</sup> Any new instrument must go through several specific phases before it can be considered to be reliable and valid. Also, the control of major confounding variables is essential to reduce the “contamination” of the main variable (e.g. satisfaction) to be measured by an instrument.

The task of maintaining reliability and validity of instruments is never concluded. Measurement devices are nearly always subject to the effects of social context. Values and practice patterns change, individuals think differently about a number of matters, and terminologies go out of fashion.<sup>28</sup> Scale development also has no end-stage; it is a continuous and retroactive process. Finally, care should be taken when attempting to generalize results obtained with a new instrument of unestablished validity and reliability; otherwise, one risks making false assumptions concerning the population from which the sample was drawn.

## CONCLUSIONS

Along with quality assurance, the perceptions of patients are an important component of the evaluation of the quality of services in anesthesiology. Even though perceptions are subjective, this information is important to anesthesiologists. Indeed, patients offer a unique perspective for evaluating the nontechnical aspects of medical care.<sup>29</sup> However, to be useful and valid for clinicians and researchers and to engender improvement in the practice of anesthesiology, such information must be collected using rigorous methods and a valid, reliable instrument derived from a conceptual framework. It is doubtful that the results of the studies presented in this review truly represent perceptions of patients regarding the anesthesia care received.

As with all standardized data collection, creating and performing high quality surveys of patients' perceptions can be challenging. Valid and reliable patient survey data can enable practitioners to identify areas for improvement, and demonstrate to external reviewers the quality of care they provide to their patients.<sup>29</sup> That is why the development of valid and reliable instruments to measure patient satisfaction must adhere to specific psychometric requirements and control for major confounding variables. The procedure is complex. Use of a non-validated and/or non-specific instrument will only produce unreliable and meaningless results. Generalization of results from a given patient population is hazardous, especially when the initial methods are questionable.

Finally, this review allowed to emphasize the absence of appropriate instruments to measure patient satisfaction with anesthesia services, the many biases present in the methodology employed, the lack of rigour regarding the psychometric testing of the instrument used and also to demystify the very high levels of satisfaction usually obtained by surveys on patient satisfaction with anesthesia services. In light of the results presented, we proposed solutions to increase the validity of the measurement of patients' satisfaction regarding the services provided by anesthesiologists.

### **Acknowledgements**

The authors would like to acknowledge the outstanding secretarial support of Mrs Diane Charbonneau, Nicole Charbonneau and Céline Charbonneau from Accès Secrétariat, Blainville (Qc). We are also grateful to Mrs Wendy Dayton, specialist in medical redaction, for a thorough review of an earlier draft of this manuscript.

## REFERENCES

- 1 *Duncan P.* Quality : A job well done! *Can J Anaesth* 1993; 40 : 813-5.
- 2 *Bierstein K.* Consumer satisfaction surveys in anesthesiology practice. *American Society of Anesthesiologists Newsletter* 1996; 60 : 26-9.
- 3• *Eagle CL, Davies JM.* Current models of quality-an introduction for anaesthetists. *Can J Anaesth* 1993; 40 : 851-62.
- 4 *Fung D, Cohen MM.* Measuring patient satisfaction with anesthesia care : A review of current methodology. *Anesth Analg* 1998; 87 : 1089-98.
- 5 *Cook D.* Systematic reviews : the case for rigorous methods and rigorous reporting. *Can J Anaesth* 1997; 44 : 350-3.
- 6 *Brown DL, Warner ME, Schroeder D, Offord K.* Effect on intraoperative anesthetic events on post-operative patient satisfaction. *Mayo Clin Proc* 1997; 72 : 20-5.
- 7 *Preble LM, Perlstein L, Katsoff-Seidman, L, O'Connor TZ, Barash PG.* The patient care evaluation system : Patients' perceptions of anesthetic care. *Connecticut Med* 1993; 57 : 363-6.
- 8 *Zvara DA, Nelson JM, Brooker RF, et al.* The importance of the postoperative anesthetic visit : do repeated visits improve patient satisfaction or physician recognition? *Anesth Analg* 1996; 83 : 793-7.
- 9 *Fleisher LA, Mark L, Lam J, et al.* Disseminating information using an anesthesiology consultant report : Impact on patient perceptions of quality of care. *J Clin Anesth* 1999; 11 : 380-5.
- 10 *Keep P, Jenkins J.* From the other end of the needle : the patient's experience of routine anaesthesia. *Anaesthesia* 1978; 33 : 830-2.
- 11 *Tong D, Chung F, Wong D.* Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgery patients. *Anesthesiology* 1997; 87 : 856-64.
- 12 *Myles PS, Williams DL, Hendrata M, Anderson H, Weeks AM.* Patient satisfaction after anaesthesia and surgery : results of a prospective survey of 10 811 patients. *Br J Anaesth* 2000; 84 : 6-10.
- 13 *Dexter F, Aker J, Wright J.* Development of a measure of patient satisfaction with monitored anesthesia care. *Anesthesiology* 1997; 87 : 865-73.



- 14 *Penon C, Ecoffey C.* Evaluation par les patients de la qualité de la prise en charge anesthésique. *An Fr Anesth Réanim* 1995; 14 : 374-5.
- 15 *Whitty PM, Shaw IH, Goodwin DR.* Patient satisfaction with general anaesthesia. *Anaesthesia* 1996; 51 : 327-32.
- 16 *Pestey ME.* Patient satisfaction with anesthesia services delivered in the cost containment atmosphere of healthcare today. Unpublished master thesis. New Haven, Connecticut : Southern Connecticut State University.
- 17 *Burrow B.* The patient's view of anaesthesia in an Australian teaching hospital. *Anaesth Intensive Care* 1982; 10 : 20-4.
- 18 *Dodds CP, Harding MI, More D.* Anaesthesia in an Australian private hospital : the consumer's view. *Anaesth Intensive Care* 1985; 13 : 325-9.
- 19 *Shevde K, Panagopoulos G.* A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns rearding anesthesia. *Anesth Analg* 1991; 73 : 190-8.
- 20 *Abramovitz S, Cote A, Berry E.* Analyzing patient satisfaction : a multi-analytic approach. *Quality Review Bull* 1987; 13 : 122-30.
- 21 *DeVellis RF.* Scale development : Theory and applications. London : Sage Publications, 1991.
- 22 *Strahan R, Gerbasi KC.* Short homogenous versions of the Marlow-Crowne social desirability scale. *J Clin Psychology* 1972; 28 : 191-3.
- 23 *Strasser S, Davis RM.* Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press, 1991.
- 24 *Nunnally JC, Bernstein IH.* Psychometric theory, 3<sup>rd</sup> ed. Montreal : McGraw Hill Inc., 1994.
- 25 *Streiner DL, Norman GR.* Health measurement scales : a practical guide to their development and use, 2<sup>nd</sup> ed. Oxford : Oxford University Press, 1995.
- 26 *Crocker L, Algina J.* Introduction to classical & modern test theory. Montreal : Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1986.
- 27 *Le May S, Hardy JF, Taillefer MC, Dupuis G.* Inappropriate methods for patient satisfaction. *Br J Anaesth* 2000; 84 : 821.
- 28 *Williams MA.* Instrument development : Always unfinished. *Res Nurs & Health* 1989; 12 : iii-iv.

- 29 *Epstein KR, Laine C, Farber NJ, Nelson EC, Davidoff F.* Patients' perceptions of office medical practice : Judging quality through the patients' eyes. *Am J of Med Quality* 1996; 11 : 73-80.

**TABLE 1**  
**Characteristics of the studies**

**Group A : Studies with no psychometric evaluation of instrument**

Journal & year (periodic or manuscript)	Population (sample) (N = Targeted sample)	Main general results on patient satisfaction and instrument (n = number of respondents)
Keep <u>et al.</u> (1978) <sup>10</sup> (Anaesthesia)	Convenience sample N = Not mentioned Types of surgery : general, thoracic, ENT, dental, orthopedic, gynecology	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n = 100 respondents</li> <li>• All 100 patients said that they were either satisfied or very satisfied with their anesthetic</li> <li>• Development of the instrument not specified</li> </ul>
Burrow (1982) <sup>17</sup> (Anaesthesia & Intensive Care)	N = 175 patients for general surgery	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n = 139 respondents</li> <li>• 72% of patients were satisfied with the time spent by the anesthetist for the preoperative evaluation</li> <li>• 64% lacked preoperative information</li> <li>• Only 7.9% answered affirmatively to a general question regarding complaints, but on specific questioning 80% said they had experienced discomfort or worse</li> <li>• Development of the instrument not specified</li> </ul>
Dodds <u>et al.</u> (1985) <sup>18</sup> (Anaesthesia & Intensive Care)	N = 124, convenience sample Types of surgery not mentioned	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n = 121 respondents</li> <li>• Patients had a very high expectation of uneventful anesthesia (85%) but a significant number of patients (21%) expressed specific fears of anesthesia ( e.g. not waking up)</li> <li>• The pre-operative visit was considered to be of adequate duration by 110 patients (91%)</li> <li>• Women reported a significantly higher incidence of postoperative shivering, headaches and a feeling of being cold (p &lt; 0.05)</li> <li>• Development of the instrument not specified</li> </ul>

**TABLE 1**  
**Characteristics of the studies**

**Group A : Studies with no psychometric evaluation of instrument**

Journal & year (periodic or manuscript)	Population (sample) (N = Targeted sample)	Main general results on patient satisfaction and instrument (n = number of respondents)
Preble et al. (1993) <sup>7</sup> (Connecticut Medicine)	Randomized sample of N=2374 patients (ambulatory & hospitalized)  Longitudinal study (Oct. '86 - Oct.'91)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n = 1291 respondents</li> <li>• High degree of patient satisfaction for all categories : the preoperative visit (X = 9.17 ± 1.6), the postoperative visit (X = 8.33 ± 2.7) and overall satisfaction (X = 9.15 ± 1.7)</li> <li>• Postoperative visit → lowest score; identified as an area of patient concern</li> <li>• Although results on satisfaction levels were high, specific comments from patients revealed areas of dissatisfaction with anesthetic care</li> <li>• 0.9% of the patients surveyed rated their interaction with the department as unsatisfactory in all three areas; 2.6% in two areas, 10.8% in at least one area</li> <li>• Development of the Patient Satisfaction Survey not specified</li> </ul>
Penon & Ecoffey (1995) <sup>14</sup> (Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation)	N = Not mentioned  Patients for ENT & gastric surgeries	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n = 90 respondents</li> <li>• 96% of patients were satisfied with the care received from anesthetists</li> <li>• Personalized evaluation by the anesthetists decreased anxiety for 21 patients (73% of 29 patients)</li> <li>• Anesthesia was perceived as the main cause of anxiety for 40 patients (65% of 62 patients)</li> <li>• Preoperative visit by anesthetist produced a minor decrease of anxiety for 46 patients (59% of 78 patients) and a major decrease for 21 patients (27% of 78 patients)</li> <li>• Development and content of the instrument not specified</li> </ul>
Zvara et al. (1996) <sup>8</sup> (Anesthesia & Analgesia)	Prospective study, randomized sample of N=151 patients : A=51 (1 visit), B= 50 (2 visits), C= 50 (3 visits), patients for elective surgeries	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Group A (n=48), Group B (n=48), Group C (n=48)</li> <li>• Patient evaluation of hospital, surgical, and anesthesia care was high for all groups and did not vary by group</li> <li>• Increasing the number of postoperative visits does not improve physician recognition nor patient satisfaction with anesthesia services (p &lt; 0.05)</li> <li>• Instrument : Patient Perception and satisfaction with Hospital and Anesthesia Care (10 questions → 2 general questions and 8 more specific (grade : [1 poor] to 5 [outstanding]))</li> <li>• Development of the instrument not specified</li> </ul>

**TABLE 1**  
**Characteristics of the studies**

**Group A : Studies with no psychometric evaluation of instrument**

Journal & year (periodic or manuscript)	Population (sample) (N = Targeted sample)	Main general results on patient satisfaction and instrument (n = number of respondents)
Brown et al. (1997) <sup>6</sup> (Mayo Clinic Proceedings)	N = 315 patients, divided into 3 groups (N=105/group) : A(no problems), B(airway problems), C (cardiovascular problems)  Randomized (groups A and C) Convenience (group B)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Group A (n=76), Group B (n=83), Group C (n=80)</li> <li>• No significant difference between the groups regarding satisfaction with anesthesia care ( 98% were very satisfied or satisfied in each group ). According to these results, overall patient satisfaction postoperatively is unaffected by intraoperative anesthetic events (p &lt; 0.05)</li> <li>• Comments of patients specified that increased collaboration between doctors and nurses as well as decreased waiting time before surgery augments patient satisfaction</li> <li>• Development of the instrument not specified</li> </ul>
Myles et al. (2000) <sup>12</sup> (British Journal of Anaesthesia)	N = 17 106 patients for general and specialty surgery	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n = 10 811 patients</li> <li>• No mention of instrument used to collect data</li> <li>• Overall level of satisfaction with anesthesia care was 96,8%. Factors strongly associated with satisfaction : older age patient, male sex and measures of increased perioperative risk (co-morbidity + ASA status &gt; III). Strong relation between patient dissatisfaction and postoperative pain, nausea, vomiting and other complications (p &lt; 0.0005)</li> </ul>

**TABLE 1**  
**Characteristics of the studies**

**Group B : Studies that included some psychometric evaluation of instrument**

Source & year (periodic or manuscript)	Population (sample) (N = Targeted sample)	Main general results on patient satisfaction and instrument (n = number of respondents)
Shevde & Panagopoulos (1991) <sup>18</sup> (Anesthesia & Analgesia)	N = Not mentioned Consecutive sample Minor + major surgeries 30 % ambulatory	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n = 800 respondents</li> <li>• Patients' rating of their confidence in the anesthetist preoperatively fell into the « very high » level ( X = 3.97; SD = 1.07; range = 1-5 ) but was significantly lower than that described for the surgeon (X = 4.47; SD=0.80 t=-15.49, p &lt; 0.001)</li> <li>• Patients rated the significance of the anesthetist in the preoperative care as being at the same level as their medical doctor ( t = -1.61, p= 0.10 ). Ratings of both specialists were significantly lower than those assigned to surgeons ( t = 5.52, p &lt; 0.001)</li> <li>• Most significant preoperative concerns regarding the anesthetist : qualifications (45%), experience (43%), presence in the O.R. (32%). Other concerns : possibility of not waking up (37%), experiencing pain (34%), and becoming paralyzed (32%)</li> <li>• Instrument : Patient Survey (preoperative concerns)</li> <li>• Psychometric evaluation : Construct validity (Factor analysis)</li> </ul>
Pestey (1992) <sup>16</sup> (Master's thesis)	Stratified sample of patients for elective surgery. Stratification by types of anesthesia and types of admission (Short-term surgery, Same-day admission, Previous day admission) N = 50 patients in each group All surgeries except : emergency, obstetrics, transfers to ICU, pediatrics	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n = 150 respondents</li> <li>• Satisfaction levels with the service : anesthesia staff (92%), time spent (87%), fears relieved (86%), knowledge gained (82%), and effects explained (74 %)</li> <li>• No significant differences in satisfaction between same-day admission, previous day admission, and short-term surgery (p &lt; 0.05 )</li> <li>• Instrument : Questionnaire Tool</li> <li>• Development of the instrument not specified</li> <li>• Psychometric evaluation : Reliability</li> </ul>

**TABLE 1**  
**Characteristics of the studies**

**Group B : Studies that included some psychometric evaluation of instrument**

Source & year (periodic or manuscript)	Population (sample) (N = Targeted sample)	Main general results on patient satisfaction and instrument (n = number of respondents)
Whitty <i>et al.</i> (1996) <sup>15</sup> (Anaesthesia)	Consecutive sample of N = 172 patients for ophthalmic, general, and maxillofacial surgeries (pilot study)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n = 126 respondents</li> <li>• 67% of patients reported that they were very satisfied with their anesthetic care</li> <li>• 65% of patients mentioned that they would be very happy to have the same <u>anesthetist</u> for a future operation</li> <li>• 55% of patients mentioned that they would be very happy to have the same <u>anesthetic</u> for a future operation</li> <li>• Patients' perceptions of having had adequate information about the anesthetic preoperatively**, having had postanesthetic sequelae explained,* and having undergone a reasonable length of time without a drink preoperatively**, all seemed to affect a patient's willingness to have the same anesthetic again (statistically significant results, *p &lt; .01 and **p &lt; .05)</li> <li>• Perception of reassurance after the preoperative visit seemed to affect patients' overall satisfaction with anesthetic care (p &lt; 0.01)</li> <li>• Focus groups used to generate patients' concerns and pool of questions</li> <li>• Psychometric evaluation : Content validity</li> <li>•</li> </ul>
Tong <i>et al.</i> (1997) <sup>11</sup> (Anesthesiology)	Consecutive sample of N = 6285 patients after ambulatory surgery (ophthalmology, D&C, arthroscopy, laparoscopy and 20 other types of surgery)  Prospective study	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n = 2730 respondents.</li> <li>• Dissatisfaction with anesthesia was associated with a 12-fold increase in global dissatisfaction (p = 0.0001)</li> <li>• The number of symptoms occurring 24 hr after operation was associated with an exponential (0.28 X N)-fold increase in dissatisfaction with anesthesia for N number of symptoms (p = 0.0001)</li> <li>• Intraoperative and postoperative adverse outcomes were the major causes of dissatisfaction with anesthesia (88%)</li> <li>• Instrument : Patient Questionnaire (Abramovitz <i>et al.</i>, 1987)</li> <li>• Psychometric evaluation : Reliability</li> <li>•</li> </ul>

**TABLE 1**  
**Characteristics of the studies**

**Group B : Studies that included some psychometric evaluation of instrument**

Source & year (periodic or manuscript)	Population (sample) (N = Targeted sample)	Main general results on patient satisfaction and instrument (n = number of respondents)
Dexter et al. (1997) <sup>13</sup> (Anesthesiology)	Patients for ambulatory surgery (ophthalmology 60%, gynecology 14%, knee 14%, others 12%)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n = 80 respondents</li> <li>• Patients overall score on ISAS (mean ± SD) → 2.1 ± 0.87 (max : 3.0)</li> <li>• Instrument : Iowa Satisfaction with Anesthesia Scale (ISAS)</li> <li>• Psychometric evaluation : Reliability, content validity, convergent validity</li> </ul>
Fleisher et al. (1999) <sup>9</sup> (Journal of Clinical Anesthesia)	Randomized sample of N = 371 outpatients without adverse anesthetic events	<ul style="list-style-type: none"> <li>• n = 229 respondents</li> <li>• Patients in the group that received an Anesthesiology Consultant Report (ACR) were more satisfied with the management of their pain and other symptoms (p&lt;0.05, by Wilcoxon rank sums) and were more satisfied overall with the quality of the anesthesia care (p&lt;0.01, by Wilcoxon rank sums). Patients deemed the quality of their anesthetic care as excellent in the ACR group compared to control (83% vs 67%, p&lt;0.01)</li> <li>• Instrument : Postoperative Questionnaire</li> <li>• Development of the instrument not specified</li> <li>• Psychometric evaluation : Reliability</li> </ul>



**Deuxième article :**      **Patients' perceptions of cardiac  
anesthesia services : A pilot study**

# Patients' Perceptions of Cardiac Anesthesia Services : A Pilot Study

Le May et al : Patients' perceptions

Sylvie Le May, RN, M.Sc.†  
Jean-François Hardy, MD‡  
François Harel, M.Sc.§  
Marie-Christine Taillefer, B.Sc.¶  
Gilles Dupuis, Ph.D.¶

From the Faculty of Nursing† and the Department of Anesthesiology‡, University of Montreal, the Department of Biostatistics§, Montreal Heart Institute, and the Department of Psychology¶, Université du Québec à Montréal, Montreal.

Address correspondence to : Dr Jean-François Hardy, Department of Anesthesiology, University of Montreal, C.P. 6128, Succursale Centre-Ville, Montreal, Canada, H3C 3J7.

E-mail : [jean-francois.hardy@umontreal.ca](mailto:jean-francois.hardy@umontreal.ca)

This study was supported in part by the Department of Anesthesiology, Montreal Heart Institute, Montreal, and by the Alma Mater Fund of the Faculty of Nursing of the University of Montreal, Montreal, Canada.

**Article accepté pour publication dans le Canadian Journal of Anesthesia.**

## Abstract

### Introduction

This pilot study presents the development of an instrument to measure patients' perceptions of the services provided by anesthesiologists, an important indicator of quality for which little information is available.

### Methods

The Scale Of Patients' Perceptions of Cardiac Anesthesia Services (SOPPCAS) is composed of 17 Likert-type and sociodemographic questions. Data collection was conducted on T-1 (4<sup>th</sup> postoperative day) and T-2 (15 days postoperatively). In addition, we employed the Marlow-Crowne scale and a short form of the Psychological Symptoms Index to verify the influence of social desirability and psychological distress respectively. Data analysis included a Principal Component Analysis (PCA).

### Results

170 patients answered the questionnaires at T-1 and 133 patients at T-2. Cronbach Alpha of the SOPPCAS was 0.58. PCA revealed four perioperative factors: Patient/Anesthesiologist interactions, Preoccupations related to anesthesia, Experience with anesthesia and Pain management. Global mean satisfaction was  $4.45 \pm 0.64$  (maximum score 6.0). Main items related to satisfaction were : clarity of information, satisfaction with premedication, empathy from anesthesiologists. Main items related to dissatisfaction were : lack of information on blood transfusion and recall of endotracheal intubation. A score of 14/20 was obtained for social desirability. Social desirability did not influence the construct of the SOPPCAS.

### Conclusion

We developed, using rigorous methods, an instrument to measure patients' perceptions of the quality of anesthesia services. Contrary to previous reports, global mean satisfaction with anesthesia services was moderately high. Ultimately, the SOPPCAS should allow anesthesiologists to improve the quality of the care they provide.

## Résumé

### Introduction

Cette étude pilote présente un nouvel instrument de mesure des perceptions de patients en regard de la qualité des services anesthésiques, un indicateur important de la qualité pour lequel peu d'information est disponible.

### Méthode

L'Échelle des Perceptions de Patients face aux services Anesthésiques Cardiaques (EPPAC) est composé de 17 items Likert et de questions sociodémographiques. La collecte de données s'est déroulée en deux temps : T-1 (4<sup>e</sup> jour postopératoire) et T-2 (15<sup>e</sup> jour postopératoire, par la poste). De plus, l'échelle de Marlow-Crowne et une forme abrégée du Psychological Symptoms Index ont été utilisés pour vérifier la désirabilité sociale et la détresse psychologique. L'analyse statistique comprenait une Analyse en Composantes Principales (ACP).

### Résultats

170 patients ont répondu à T-1 et 133 patients à T-2. L'Alpha de Cronbach de l'EPPAC était de 0.58. L'ACP a révélé la présence de 4 facteurs : Interactions Patient/Anesthésiologiste, Préoccupations reliées à l'anesthésie, Expérience de l'anesthésie, Gestion de la douleur. La moyenne globale de satisfaction était  $4.45 \pm 0.64$ . Les aspects satisfaisants étaient : clarté de l'information, satisfaction face à la prémédication, empathie de l'anesthésiologiste. Les aspects insatisfaisants étaient : manque d'information sur les transfusions sanguines et souvenir de l'intubation endotrachéale. Un score de 14/20 a été obtenu au Marlow-Crowne mais la désirabilité sociale n'influçait pas la validité de construit de l'EPPAC.

### Conclusion

Utilisant une méthodologie rigoureuse, nous avons mis au point un instrument de mesure des perceptions de patients en regard de la qualité des services anesthésiques. La satisfaction globale moyenne était modérément élevée. Eventuellement, l'EPPAC devrait permettre aux anesthésiologistes d'améliorer la qualité des services qu'ils offrent.

Patient satisfaction is a multidimensional concept related to factors such as life style, past experiences, future expectations and the values of both the individual and society.<sup>1,2</sup> One tends to believe that evaluation by patients of the quality of services in anesthesiology is difficult or even impossible since patients are most of the time sedated and unconscious. Yet, patients are able to express their opinion on the quality of the interaction with their anesthesiologist preoperatively, peroperatively (interval between the premedication and induction) and postoperatively, as well as on the morbidity experienced after anesthesia. Their experience with anesthesia can be appraised just as well as with other medical services where several surveys intended to determine patients' assessments of their experience have been developed, provided the appropriate methodology is used.<sup>3</sup>

What patients do know and can respond to is the manner in which a service is delivered (e.g. the behavior of the individuals providing the service) and the consequences related to that service (e.g. morbidity). Omachonu<sup>4</sup> mentions that an important aspect of the evaluation of services by patients is that technical or clinical expertise cannot compensate for a caregiver's poor interactions with patients. Conversely, good-quality interaction with the service provider may positively influence a patient, even when technical aspects are more or less adequate.

Development and testing of a questionnaire on patients' perceptions of anesthesia services requires rigorous methods since perceptions are subjective and considered difficult to measure. It is also essential to employ an instrument with specific questions concurrent with other measures to verify the impact of some of the major confounding

variables such as social desirability and psychological distress. These variables may influence the results obtained from a survey on patient satisfaction. Further, the new instrument needs to be tested regarding its reliability and validity to establish some of its measurement properties.

Therefore, the primary objective of this pilot study was to develop an instrument to measure the perceptions of a group of patients regarding their experience with anesthesia and to verify the performance of our novel instrument. Secondly, we report patients' perceptions with the anesthesia services provided by a group of cardiac anesthesiologists.

## METHODS

The study was approved by the research and ethics' committees of the Montreal Heart Institute.

### **Conceptual framework**

In order to provide a structure to guide the study, we developed a conceptual framework<sup>5</sup> depicting the proposed dimensions and interrelations of patients' perceptions of anesthesia services (Figure 1, p.78 de la thèse). A conceptual framework is essential to present the interrelationships between the proposed variables of the concept being studied, and to guide the development of future testable hypotheses. Our framework presents perioperative factors and concomitant variables that might explain patients' perceptions of anesthesia services. These factors and variables were suggested from interviews with patients and health professionals and from our review of the literature.<sup>6-8</sup>

## **Sample**

The sample was selected at random (every second eligible patient) and composed of 170 post-operative cardiac surgery patients. In order to be included, a patient : 1) had to be scheduled for elective or urgent cardiac surgery (valve replacement and/or coronary artery bypass graft, first intervention and reoperation), 2) had to understand, speak and read French, and 3) had to be 18 to 80 years of age. Patients were excluded if they presented with: 1) a diagnosis of a mental disorder or a mental illness (according to the patient's chart), 2) a major postoperative complication (e.g. cardiogenic shock), 3) a severe cognitive disorder (e.g. dyslexia) and 4) a cardiac diagnosis requiring life-saving surgery.

## **Setting**

The first part of the study (T-1) took place on the pre and postoperative cardiac surgery unit of the Montreal Heart Institute (MHI), a teaching institution affiliated with the University of Montreal. The second part (T-2) consisted of a mailing to all participants of T-1.

## **Instruments**

### 1) Scale of Patients' Perceptions of Anesthesia Services (SOPPCAS)

An extensive review of the literature<sup>9</sup> did not yield any appropriate instrument to collect data on patients' perceptions of anesthesia services. It was therefore deemed necessary to develop our own instrument. The SOPPCAS was elaborated from interviews with health professionals and patients pre and post-surgery as well as from suggestions from the

literature.<sup>7,8,10,11</sup> The principal phases followed to develop the instrument and conduct the psychometric testing of the SOPPCAS are presented in Figure 2 (p.79 de la thèse).

Briefly, the SOPPCAS is composed of 17 Likert-type questions that explore both the period preceding (part I) and following surgery (part II). Answers range from 1 (Not at all) to 6 (Very much) . Some of the questions of the SOPPCAS are reversed in their scoring to prevent a bias of acquiescence (questions 4,9,10,11,14,15,17). The third part of the scale contains 10 sociodemographic and medical questions and three open-ended questions. Appendix 1 (p. 72 de la thèse) presents a translated version of the SOPPCAS since we used the French version to collect the data. The English version was verified, using back-to-back translation (French to English then, English to French), by five postoperative cardiac surgery patients, three anesthesiologists, one expert in psychometry and one surgeon.

## 2) Marlow-Crowne Social Desirability scale (MCSD)

The MCSD scale, developed by Marlow-Crowne in 1960,<sup>12</sup> describes culturally approved behaviours with a low probability of occurrence. It was used in the present study to control for respondent's eagerness to please the investigator while answering the SOPPCAS. The abridged form used herein contains 20 questions with a dichotomized choice of response (true-false). A reliable French version of the scale<sup>13</sup> was used to collect data. An Alpha of 0.78 was previously obtained with the French version of the scale.<sup>13</sup> Scores of the scale vary from 0 to 20. Each item related to a socially desirable behaviour is allotted 1 point. The higher the score, i.e. approaching 20, the higher is the



tendency of the respondent to answer a questionnaire according to what he/she believes would please the investigator, thus showing a high level of social desirability.

### 3) Psychological Distress Abbreviated form (Short form of the Psychiatric Symptom Index –PSI- of Ilfeld)

The PSI scale, created by Ilfeld in 1976,<sup>14</sup> measures the psychological distress of respondents. We employed a shorter form of the PSI, the Mini-Questionnaire (MQ). A correlation of 0.69 was obtained between the original form and the shorter form of the PSI.<sup>15</sup> The internal consistency of the MQ is 0.89.<sup>15</sup> This form was validated in French<sup>15</sup> and contains questions related to three factors (depression, anxiety and anger). It includes nine Likert-type questions from 0 (Not at all) to 4 (Very often or extremely). Mean scores equal or close to 4 reveal patients expressing a higher level of psychological distress.

### **Data collection**

The same investigator (SLM) interviewed all 170 patients at T-1. We felt it important that someone outside the department of anesthesia, not one of the anesthesiologists, administer the questionnaire in order to allow patients to express themselves as freely as possible. After giving written informed consent, patients were asked to answer the SOPPCAS and the MQ on their fourth or fifth postoperative day (T-1). On average, each interview lasted about 15 minutes. The second part of data collection (T-2) involved a mailing of the SOPPCAS, the MQ and the MCS-D along with a stamped return envelope to all patients recruited at T-1, approximately 15 days post-discharge from the hospital. T-2 was used to evaluate whether patients' responses regarding satisfaction remained the

same after discharge from the hospital (stability of the content), not to evaluate the psychometric stability of the SOPPCAS since the concept of satisfaction is considered unstable overtime time. The MQ was administered twice to verify the impact of psychological distress on patients' perceptions of satisfaction at T-1 and T-2. The MCSD scale was only administered once at T-2 since social desirability is an attribute considered stable over time and is not expected to vary during a period of 15 days.

### **Data analysis**

The mean, variance, minimum and maximum were calculated for each item. Principal Component Analysis (PCA) was performed to determine the presence of a factorial structure among the items of the SOPPCAS. Correlations were performed between major significant variables and global satisfaction, and with each four perioperative factors of the SOPPCAS as well as between the SOPPCAS, the MQ and the MCSD scale. We used Cronbach's Alpha to estimate the internal consistency of the SOPPCAS. Data analysis was performed with the SAS release 6.12 software (SAS Institute, Cary, North Carolina).

## **RESULTS**

### **a) Characteristics of the sample**

A total of 179 patients were approached. Of this number, 170 patients answered the SOPPCAS and MQ at T-1. The reasons mentioned by the patients who refused to answer the SOPPCAS (n = 9) were : fatigue, lack of interest, and feeling of being emotionally

disturbed by their experience with heart surgery. We obtained a return rate of 78% (133 respondents) at T-2. Close to 22% of the respondents did not remember meeting the anesthesiologist before their surgery or could not make a difference between the anesthesiologists and other doctors they met while they were in the hospital.

The mean age of patients was  $62.8 \pm 11.3$  years (95% CI 61.11-64.52, Min : 23, Max : 81) with a majority of men (68.2 %). The predominant level of scolarity was high school for 47.1% of the sample. For 22.4% of the patients, this was their first surgical experience and, for 85.9% of them, their first heart operation. Half of the respondents (50%) would have appreciated a postoperative visit by the anesthesiologist who took care of them in the operating room. Table I (p. 80 de la thèse) presents the major postoperative complaints expressed by patients. Most frequent postoperative problems were : nausea & vomiting, pain, sleep disorders and voice hoarseness. One patient reported awareness during surgery (0.6%) while five (2.9%) reported intraoperative dreaming. Finally, 32.9% of the respondents reported hallucinations and 30.0% experienced nightmares during the first two to three days after surgery.

#### **b) Psychometric results of the SOPPCAS**

Cronbach's Alpha for internal consistency of the SOPPCAS was 0.58. Factor rotation (varimax) determined the existence of four perioperative factors (Table II, p.81 de la thèse): 1-Patient/Anesthesiologist interactions, 2- Preoccupations related to anesthesia, 3- Experience with anesthesia, 4- Pain management. Table II shows the distribution of the items according to each factor as well as the value of Cronbach's Alpha and percentage

of variance explained by each factor. Total variance explained by the four perioperative factors was 55.94%. Item 12 displayed the weakest distinction in the distribution of the items among the four factors and, consequently, was removed.

### **c) Results on satisfaction**

Table III (p.82 de la thèse) presents the mean score obtained for each question and the global score of the SOPPCAS at T-1. The mean global satisfaction score averaged  $4.45 \pm 0.64$  (95% CI, 4.36-4.55. Min : 2.82, Max : 5.80 on a possible maximum of 6.0). A mean of  $4.39 \pm 0.73$  (95% CI, 4.26-4.51, Min:2.23; Max: 5.93) was obtained at T-2. Main items related to satisfaction (represented arbitrarily by scores over 50% for combination of responses 4,5,6 or 1,2,3 for reversed questions) were: clarity of information provided by anesthesiologists (96.2%), satisfaction with premedication (95.8%), feeling of empathy from the anesthesiologist (92%), pain management (91%), reassurance from the anesthesiologist (91%), sufficient information related to anesthesia (83.2%), sufficient information related to the side effects of the anesthetics (63%). Main items related to dissatisfaction (represented arbitrarily by scores over 50% for combination of responses 1,2,3 or 4,5,6 for reversed questions) were : lack of information on risks related to blood transfusion (71.5%) and recall of endotracheal intubation (50.8%).

Results at T-2 were comparable to T-1, with four exceptions. Respondents felt less reassured by the anesthesiologists regarding their anesthesia ( $4.52 \pm 1.48$ ), and thought that the information given by the anesthesiologists was less clear ( $4.72 \pm 1.32$ ).

Remembrance of the endotracheal tube was less vivid ( $3.48 \pm 2.16$ ) and patients believed that their pain management had been less effective ( $4.92 \pm 1.19$ ) at T-2.

Overall, men ( $4.53 \pm 0.59$ ) and women ( $4.29 \pm 0.73$ ) were equally satisfied ( $p < 0.05$ ). Yet, men ( $5.14 \pm 1.00$ ,  $p = 0.0002$ ) and women ( $4.45 \pm 1.34$ ,  $p = 0.001$ ) differed regarding Preoccupations related to anesthesia (factor 2) ( $p = 0.0002$ ) at T-1.

At T-1, other variables correlated significantly with the mean global score or with the perioperative factors of the SOPPCAS. Thus, age correlated with Preoccupations related to anesthesia, (factor 2;  $r = 0.16$ ,  $p = 0.04$ ) and Patient/Anesthesiologist interactions (factor 1;  $r = -0.23$ ,  $p = 0.003$ ). Global satisfaction with anesthesia services correlated significantly with the number of postoperative problems ( $r = -0.19$ ,  $p = .02$ ), and Pain management (factor 4;  $r = 0.36$ ,  $p = 0.0001$ ).

#### **d) Social desirability and psychological distress**

Global mean score of this group of respondents to the MCSD scale was  $14.24 \pm 3.16$  (95% CI :13.69-14.80, Min : 5; Max : 20). 11.8% of respondents obtained a score of 10 or less, indicative of a weak influence of social desirability. Social desirability was correlated with psychological distress ( $r = -0.34$ ,  $p = 0.0005$ ) and Preoccupations with anesthesia (factor 2;  $r = 0.18$ ,  $p = 0.04$ ). Questions of the SOPPCAS were not correlated with the Marlow-Crowne SD scale ( $r$  values below 0.13 with  $p$ -values above 0.05), indicating that the SOPPCAS measures elements unrelated to social desirability.

At T1, respondents obtained a mean psychological distress score of  $0.55 \pm 0.64$  (95% CI : 0.44-0.62. Min. 0, Max 4.0) and a mean of  $0.99 \pm 0.84$  (95% CI: 0.84-1.13, Min:0, Max: 3.78) at T-2. Psychological distress correlated with : number of postoperative problems (physical and psychological problems;  $r = 0.24$ ,  $p=0.005$ ) and global satisfaction with anesthesia services ( $r = -0.25$ ,  $p=0.004$ ).

#### **e) Open-ended questions**

Following is a summary of the main results obtained for each of the open-ended questions of the SOPPCAS. Respondents recalled principally the environment of the operating room (39.9%) or leaving their room (26.6%). 14% did not appreciate being conscious of the operating room just before surgery. Most of the respondents (46.1%) remembered the voice of a nurse telling them that the surgery was over. Others recalled the tube in their throat (13.3%) or a family member standing at their bedside and talking to them (12.6%).

A majority of patients (56.5%) mentioned that they were very satisfied by the care they received from the anesthesiologists. But, for close to 37% of the respondents, the most painful recollection of their experience was the presence of the endotracheal tube and the related pain. Several patients mentioned that they had to wait more than an hour, awake, alert, intubated and not allowed to receive a sedation (for fear of retarding extubation), for the anesthesiologist to visit them so they could get extubated. Detailed transcripts of patients comments regarding the improvement of the quality of services are presented in Appendix A of this dissertation (p. 138).

## DISCUSSION

Overall, the level of patient satisfaction regarding anesthesia services was moderately high (4.45/6.0). Others have reported much higher levels of patient satisfaction with anesthesia services.<sup>8,10,16-27</sup> Such high levels have been postulated to reflect the patients' absence of concern on this issue<sup>19</sup> or the use of an improper methodology to measure patient satisfaction.<sup>28</sup> Our results would tend to show that patients do care about the quality of the services provided by anesthesiologists and that the latter explanation (improper methodology) may be more likely.

To our knowledge, no previous study had attempted to measure correlations between the questionnaire used to measure satisfaction and SD, a variable which could, theoretically at least, strongly influence patients' responses.<sup>29-30</sup> Our group of patients scored moderately high (14/20) on the SD scale, indicating that they were, to some extent, eager to please the interviewer, despite all the precautions taken to allow them to respond freely. Originally, we had hoped to be able to minimize the effect of social desirability by eliminating all respondents scoring over 10.0 on the Marlow-Crowne scale. Obviously, we could not proceed accordingly since only 11.8% of the respondents obtained a low SD score. In such cases, Norman and Streiner<sup>30</sup> recommend that caution be exercised when interpreting the overall result on mean satisfaction.

A more detailed analysis of the results shows that the items of the SOPPCAS were not related to SD ( $r < 0.13$ ), indicating that the validity of the questionnaire was not affected. Rather, SD should be viewed as an inherent characteristic of a majority of patients, a characteristic that tends to shift their responses towards more favorable scores in general.

Patients were satisfied with their interactions with the anesthesiologist, the content and amount of information given, the reassurance offered by the anesthesiologists and the management of their pain. Moreover, half of the respondents expressed a need to meet with the anesthesiologist after the operation, an infrequent occurrence in this institution and definitely an area for improvement. Postoperative visits give the anesthesiologist an opportunity to answer questions, seek evidence for injuries or complications related to anesthesia, and document completion of care.<sup>31</sup>

Overall, men are more satisfied with anesthesia services than women, a finding consistent with the literature. This may also be interpreted as a gender bias in response style, i.e. men have a lesser tendency to express emotion, dissatisfaction, etc.<sup>32-36</sup>

Contrary to the general literature on satisfaction, our results show that older patients seem to report less satisfaction than younger ones with respect to their interactions with anesthesiologists. Young people, usually under 50 years of age, are found to be more critique of the care they receive.<sup>2,37</sup> They are usually more educated and more aware of the standards of care they should receive. Apparently this was not the case in the present sample. A possible explanation is that older patients do not verbalize their dissatisfaction, being afraid to bother their care providers with questions or not needing the same type of information than younger people. The SOPPCAS, by allowing them to express themselves more easily, was able to reveal their lack of satisfaction with anesthesia services. Anesthesiologists should be aware of such issues related to age, gender, etc. when performing their preoperative evaluation, in order to allow them to personalize their interview.



Postoperatively, respondents were concerned mainly by the endotracheal tube and the resulting pain and discomfort. Currently, patients having cardiac surgery are most often extubated 8 to 12 hours postoperatively, depending on their condition. Despite the ever-shortening time period between the end of surgery and extubation, the discomfort related to the endotracheal tube remains a serious concern. Awareness of the endotracheal tube may be related to the lighter levels of anesthesia required to implement rapid extubation and is, most certainly, a reflection of inadequate postoperative sedation. Similar concerns were also reported in another study<sup>38</sup> in which 101 respondents rated the gagging on the endotracheal tube as the second most undesirable outcome after vomiting. Such problems can be avoided/prevented by adequate sedation<sup>39</sup> and/or rapid intervention by the anesthesiologist when required.

Besides proposing elements to improve anesthesia patient care, the SOPPCAS will, implicitly, promote public recognition of anesthesiologists. Close to 22% of the respondents did not remember meeting the anesthesiologist before their surgery. As mentioned in a recent publication<sup>31</sup> : « Anesthesiologist-patient communication must span many gaps. It is tempting to discount communication if keeping patients alive and waking them up again are the only professional goals. Because anesthesiologist' interactions with conscious, verbal patients are within compressed time frames and narrow clinical conditions, clear, succinct, respectful communication is essential. Facility with a variety of communication skills signifies highly developed professionalism. Conversely, poor communication skills may increase litigious actions and malpractice suits. »<sup>40</sup> Further, patient satisfaction is also dependent on the anesthesiologist designing

an anesthesia regimen that closely fits the patient's preference as identified during the preanesthesia assessment visit.<sup>38</sup>

### **Psychometric characteristics**

Our results explain some of the relationships between the variables suggested in the conceptual framework (Figure 1) and patient satisfaction. Nevertheless, since correlations ( $r$ ) between the main variables are weak (despite being significant), we are cautious not to imply that the variables presented in the framework are the only ones explaining patient's satisfaction with anesthesia services.

The internal consistency of the global score of the SOPPCAS is low. This can be explained by the distinctive difference between the four perioperative factors of the SOPPCAS. Items distributed themselves between the four factors with the exception of item 12. It will be removed in the next version of the SOPPCAS. The four factors obtained acceptable Alpha's (close to 0.70)<sup>30</sup> with the exception of the fourth factor (Pain management). This result is probably related to the presence of only two items associated to this factor, thus generating less variance. We decided not to remove the factor (and both items) since it covered what we felt to be an important aspect of anesthesiology care.

Moreover, it is important to specify that this is the SOPPCAS' first trial and that the results were obtained on an homogenous sample of postoperative cardiac surgery patients. Data collected from our patients relate to their experience with a major surgical intervention requiring intensive care postoperatively. These results cannot be generalized

to the broad population of postoperative patients. More studies are needed to confirm or infirm the relationships between the variables presented in the conceptual framework (Figure 1) since the four perioperative factors of the SOPPCAS explained only 56% of the total variance on satisfaction. Yet, this result does not come as a surprise: the SOPPCAS is a novel instrument, the data was collected on an homogenous sample and, above all, research on the concept of “satisfaction with anesthesia services” is still in its infancy.

## CONCLUSIONS

Efforts were deployed to develop, using a rigorous method, an instrument to measure, specifically, patients’ perceptions of the quality of anesthesia services. Even though this was the first evaluation of the SOPPCAS, we believe it is a step towards a more objective evaluation of patients’ perceptions. Indeed, the instrument contains items closely related to a patient’s experience with anesthesia, as opposed to methods destined to evaluate more medical or technical aspects of anesthesia care. To measure perceptions, an instrument must combine both multiple choice and open-ended questions. Comments from patients offer the opportunity to explore beyond the official structure of the study and open pathways left unexplored by the objective data. Ultimately, the SOPPCAS will allow anesthesiologists to obtain valid and useful feedback from their patients, improve the quality of the care they provide and, by way of consequence, improve their public image.

### **Acknowledgements**

The authors would first like to acknowledge the outstanding secretarial support of Mrs Céline Charbonneau and Ms Nicole Charbonneau from Accès Secrétariat, Blainville (Qc). We would also like to express our gratitude to Drs Pierre Drolet and Michel Girard who reviewed an earlier draft of the SOPPCAS. Finally, we would like to express our appreciation towards Mrs Josette Mainville, Anne-Marie Rouette and Johanne Grégoire (assistant-head nurses) for their assistance in the screening of patients.

## References

- 1 *Carr-Hill RA*. The measurement of patient satisfaction. *J Publ Health Med* 1992; 14 : 236-49.
- 2 *Linder-Pelz S*. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci & Med* 1982; 16 : 577-82.
- 3 *Locker D, Dunt D*. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci & Med* 1978; 12 : 283-92.
- 4 *Omachonu VK*. Quality of care and the patient : New criteria for evaluation. *Health Care Manag Rev* 1990; 15 : 43-50.
- 5 *Akinsaya J, Cox G, Crouch C, Fletcher L*. *The Roy Adaptation : Model in action*. London, UK : The Macmillan Press Ltd.
- 6 *Iezzoni LI*. *Risk Adjustment for Measuring Health Care Outcomes*. Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press, 1994.
- 7 *Lee A, Lum ME*. Measuring anaesthetic outcomes. *Anaesth Intensive Care* 1996; 24: 685-93.
- 8 *Whitty PM, Shaw IH, Goodwin DR*. Patient satisfaction with general anaesthesia. *Anaesthesia* 1996; 51 : 327-32.
- 9 *Le May S, Hardy JF, Taillefer MC, Dupuis G*. Patients' perceptions of anesthesia services : A systematic review. Paper accepted for publication in the *Canadian Journal of Anesthesia*, February 2001.
- 10 *Pestey ME*. Patient satisfaction with anesthesia services delivered in the cost containment atmosphere of healthcare today. Unpublished master thesis. New Haven, Connecticut : Southern Connecticut State University, 1992.
- 11 *Strasser S, Davis RM*. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press, 1991.
- 12 *Strahan R, Gerbasi KC*. Short, homogenous versions of the Marlow-Crowne social desirability scale. *J Clin Psychology* 1972; 28 : 191-3.
- 13 *Cloutier J*. *La désirabilité sociale chez les agresseurs sexuels*. Mémoire de maîtrise inédit en psychologie. Faculté des Arts et Sciences, Université de Montréal, 1993

- 14 *Ilfeld FW*. Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. *Psychological Reports* 1976; 39: 1215-1228.
- 15 *Bibeau L*. Prevalence and associations of body image disorder, perfectionism and suicidal ideation in a student population. Unpublished doctoral thesis in psychology, Université du Québec à Montréal, 1998.
- 16 *Brown DL, Warner ME, Schroeder D, Offord K*. Effect on intraoperative anesthetic events on postoperative patient satisfaction. *Mayo Clin Proc* 1997; 72: 20-5.
- 17 *Prebble LM, Perlstein L, Katsoff-Seidman L, O'Connor TZ, Barash PG*. The patient care evaluation system : Patients' perceptions of anesthetic care. *Connecticut Med* 1993; 57 : 363-6.
- 18 *Zvara DA, Nelson JM, Brooker RF, et al*. The importance of the postoperative anesthetic visit : do repeated visits improve patient satisfaction or physician recognition? *Anesth & Analg* 1996; 83 : 793-7.
- 19 *Keep P, Jenkins J*. From the other end of the needle : The patient's experience of routine anaesthesia. *Anaesthesia* 1978; 33 : 830-32.
- 20 *Tong D, Chung F, Wong D*. Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgery patients. *Anesthesiology* 1997; 87 : 856-64.
- 21 *Dexter F, Aker J, Wright J*. Development of a measure of patient satisfaction with monitored anesthesia care. *Anesthesiology* 1997; 87 : 865-73.
- 22 *Pennon C, Ecoffey C*. Evaluation par les patients de la qualité de la prise en charge anesthésique. *An Fr Anesth Réanim* 1995; 14 : 374-5.
- 23 *Burrow B*. The patient's view of anaesthesia in an Australian teaching hospital. *Anaesth Intensive Care* 1982; 10 : 20-4.
- 24 *Dodds CP, Harding MI, More D*. Anaesthesia in an Australian private hospital : the consumer's view. *Anaesth Intensive Care* 1985; 13 : 325-9.
- 25 *Shevde K, Panagopoulos G*. A survey of 800 patients' knowledge, attitudes and concerns regarding anesthesia. *Anesth & Analg* 1991; 73 : 190-8.
- 26 *Fleisher LA, Mark L, Lam J, et al*. Disseminating information using an anesthesiology consultant report : Impact on patient perceptions of quality of care. *J Clin Anesth* 1999; 11 : 380-5.

- 27 *Myles PS, Williams DL, Hendrata M, et al.* Patient satisfaction after anaesthesia and surgery : Results of a prospective survey of 10 811 patients. *Br J Anaesth* 2000; 84 : 6-10.
- 28 *Le May S, Hardy JF, Taillefer MC, Dupuis G.* Inappropriate methods for patient satisfaction. (Correspondence). *Br J Anaesth* 2000; 84(6): 821.
- 29 *De Vellis RF.* Scale development: Theory and Applications. London, UK: sage Publications.
- 30 *Streiner DL, Norman GR.* Health measurement scales : A practical guide to their development and use, 2<sup>nd</sup> ed., Oxford : Oxford University Press, 1995.
- 31 *Kopp VJ, Shaffer A.* Anesthesiologists and perioperative communication. *Anesthesiology* 2000; 93(2): 548-55.
- 32 *Lips HM.* Sex and gender : An introduction. Mountain View, CA : Mayfield, 1997.
- 33 *Nathanson CA.* Illness and the feminine role : A theoretical review. *Soc Sci Med* 1975; 9 : 57-62.
- 34 *Kandrack MA, Grant KR, Segall A.* Gender differences in health related behaviour: Some unanswered questions. *Soc Sci Med* 1991; 32: 579-90.
- 35 *Kring AM, Gordon AH.* Sex differences in emotion: Expression, experience, and physiology. *J Pers Soc Psych* 1998; 74: 686-703.
- 36 *Gross JJ, John OP.* Mapping the domain of expressivity: Multimethod evidence for a hierarchical model. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74: 170-191.
- 37 *Williams B.* Patient satisfaction: A valid concept? *Soc Sci & Med* 1994; 38: 509-16.
- 38 *Macario A, Weinger M, Carney S, & Kim A.* Which clinical anesthesia outcomes are important to avoid? The perspective of patients. *Anesth analg* 1999; 89 : 652-8.
- 39 *Powers J.* A sedation protocol for preventing patient self-extubation. *Dimensions of Critical Care Nursing* 1999; 18(2) : 30-4.
- 40 *Lester GW, Smith SG.* Listening and talking to patients : A remedy for malpractice suits? *Western J Med* 1993; 158(3); 268-72.

**Appendix 1**

**Scale Of Patients' Perceptions of  
Cardiac Anesthesia Services (SOPPCAS)**



## Scale Of Patients' Perceptions of Cardiac Anesthesia Services (SOPPAS)

© LeMay, Hardy (1999)

**N.B. The anesthesiologist is the medical doctor who made you fall asleep for your operation.**

**Do you remember meeting the anesthesiologist before your operation ?**

Yes  No

For each question, it is very important that you answer exactly what you think or what you have experienced, whether you are very satisfied or very dissatisfied regarding the services provided by the anesthesiologist. Your answers are essential to the improvement of the quality of services.

Would you please answer the following questions by circling the number that corresponds best to your response, from 1 ( Not at all ) to 6 ( Very much ).

### **I - Questions related to the period preceeding the operation**

**1) Before your operation, did the anesthesiologist provide some information regarding your anesthesia ?**

Not at all		Very much		Not applicable		
1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>

**2) Did you receive some information on the side effects related to the anesthesia ?**

Not at all		Very much		Not applicable		
1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>

**3) Did the anesthesiologist reassure you regarding your anesthesia ?**

Not at all		Very much		Not applicable		
1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>

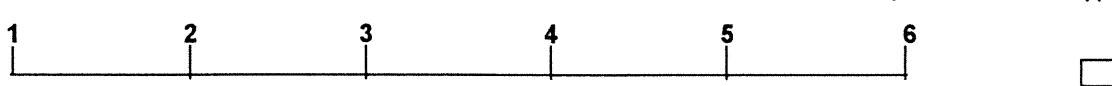
**4) Before the operation, were you afraid to feel pain after the operation ?**

Not at all		Very much		Not applicable		
1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>

5) Did you feel that the anesthesiologist paid attention to your questions and comments ?

Not at all Very much Not applicable

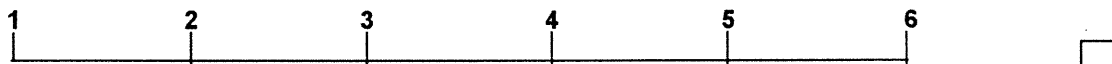
1 2 3 4 5 6



6) Before the operation, was the information given by the anesthesiologist clear ?

Not at all Very much Not applicable


1 2 3 4 5 6



7) Before the operation, did you get any information regarding the risks related to blood transfusion ?

Not at all Very much Not applicable


1 2 3 4 5 6



8) Did the medication you received before leaving your room for the operating room make you feel relaxed ?

Not at all Very much Not applicable

1 2 3 4 5 6



## II- Questions related to the period following the operation

9) Were you afraid to fall asleep and not wake up ?

Not at all Very much

1 2 3 4 5 6



10) Do you remember having a tube down your throat after the operation ?

Not at all Very much

1 2 3 4 5 6



11) Was the tube in your throat a painful experience ?

Not at all Very much

1 2 3 4 5 6



12) Did you have any nightmares after the operation ?

Not at all Very much

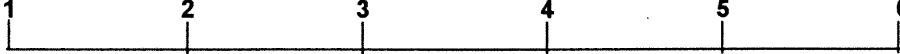
1                      2                      3                      4                      5                      6



13) Were you scare of dying ?

Not at all Very much

1                      2                      3                      4                      5                      6



14) Were you afraid of waking up during the operation ?

Not at all Very much

1                      2                      3                      4                      5                      6



15) Did you suffer from pain after the operation ?

Not at all Very much

1                      2                      3                      4                      5                      6



16) Was your pain well relieved ?

Not at all Very much

1                      2                      3                      4                      5                      6



17) Do you remember entering the operating room ?

Not at all Very much

1                      2                      3                      4                      5                      6



### III- General questions related to your experience of anesthesia and surgery

1) What is your age ? \_\_\_\_\_

2) What is your sex ? \_\_\_\_\_

3) What is your level of education ?

primary school

high school

college

university

4) Is it your first operation ?

Yes

No

5) Is it your first heart operation ?

Yes

No

6) Did you feel that you received too much information regarding your operation ?

Yes

No

7) Would you have appreciated a visit by the anesthesiologist after the operation ?

Yes

No

8) What is the last thing that you remember before falling asleep for your operation ?

---



---



---



---

9) What is the first thing that you remember when you woke up after the operation ?

---



---



---



---

10) Do you remember being conscious between the moment you fell asleep and your awakening from the operation ? Yes  No

If you answered Yes, we would be interested to know if you were conscious of:

a) noises from instruments and machines Yes  No

b) pain Yes  No

c) voices Yes  No

d) feeling awake Yes  No

e) other ( please specify ) : \_\_\_\_\_

11) Did you dream during the operation ? Yes  No

If yes, could you describe what you have dreamed ?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12) Please indicate if you have experienced any of the following problems after the operation:

- a) Nausea \_\_\_\_\_
- b) Vomitting \_\_\_\_\_
- c) Numbness \_\_\_\_\_
- d) Problems with your sleep \_\_\_\_\_
- e) Pain \_\_\_\_\_ Location of the pain \_\_\_\_\_
- f) Headaches \_\_\_\_\_
- g) Sore throat \_\_\_\_\_
- h) Difficulty to speak \_\_\_\_\_
- i) Eyes problems \_\_\_\_\_
- j) Hearing problems \_\_\_\_\_
- k) Visions, hallucinations \_\_\_\_\_
- l) Memory losses \_\_\_\_\_
- m) Other Problems \_\_\_\_\_ Please specify \_\_\_\_\_

13) Please let us know of any additional comments you would like to make regarding your overall experience of anesthesia and surgery.

Your comments are very important. They are essential to the improvement of the quality of services offered by the department of anesthesiology.

---



---



---



---



---



---



---

14) Concerning your hospitalisation, please indicate your level of general satisfaction regarding the services offered by the following persons: ( Please circle your answer ).

	Very unsatisfied	Unsatisfied	Satisfied	Very satisfied
a) Anesthesiologist	1	2	3	4
b) Nurses	1	2	3	4
c) Surgeon	1	2	3	4
d) Physiotherapists	1	2	3	4

# PATIENT'S PERCEPTIONS OF THE QUALITY OF ANESTHESIA SERVICES

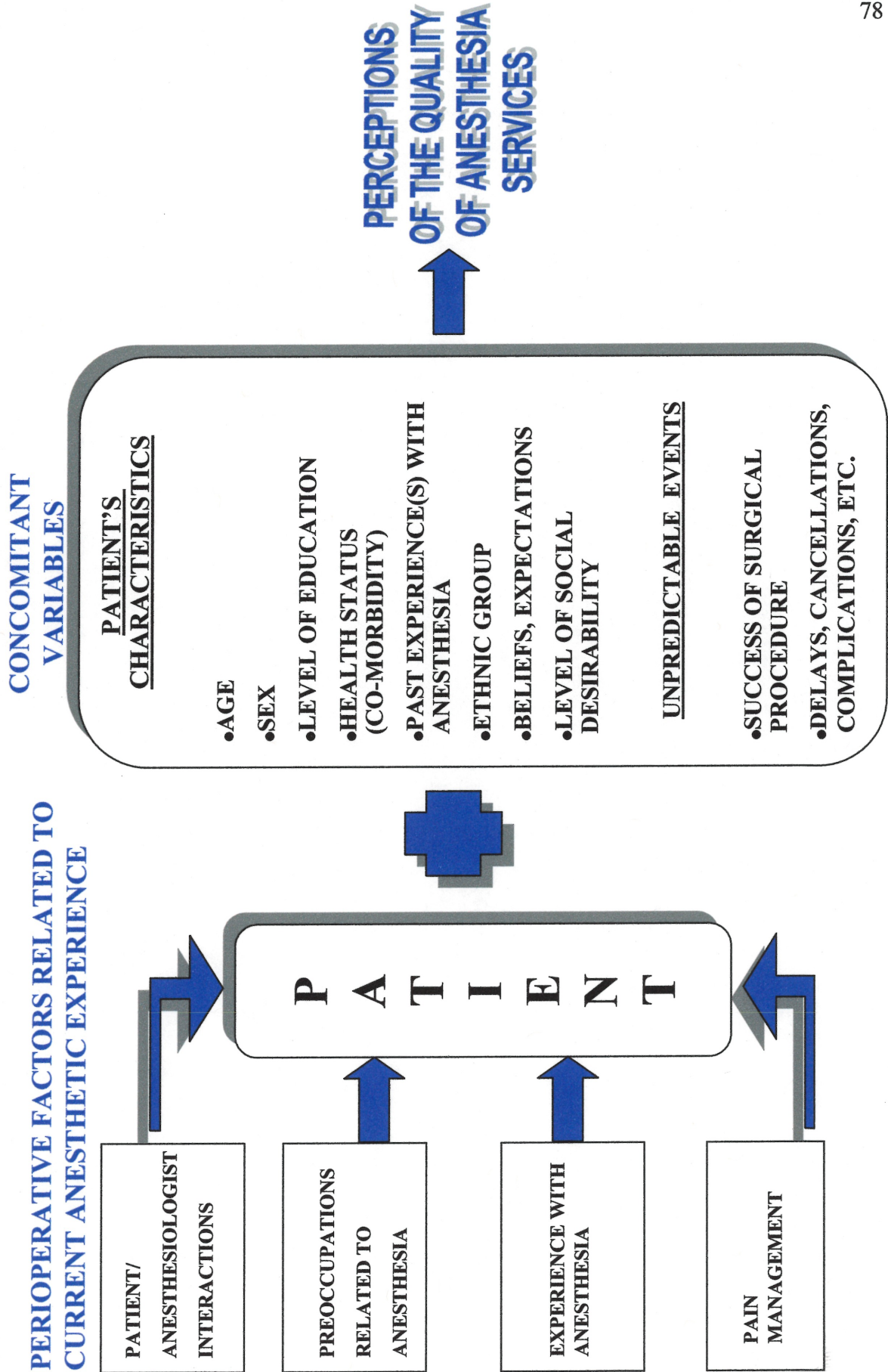


FIGURE 1

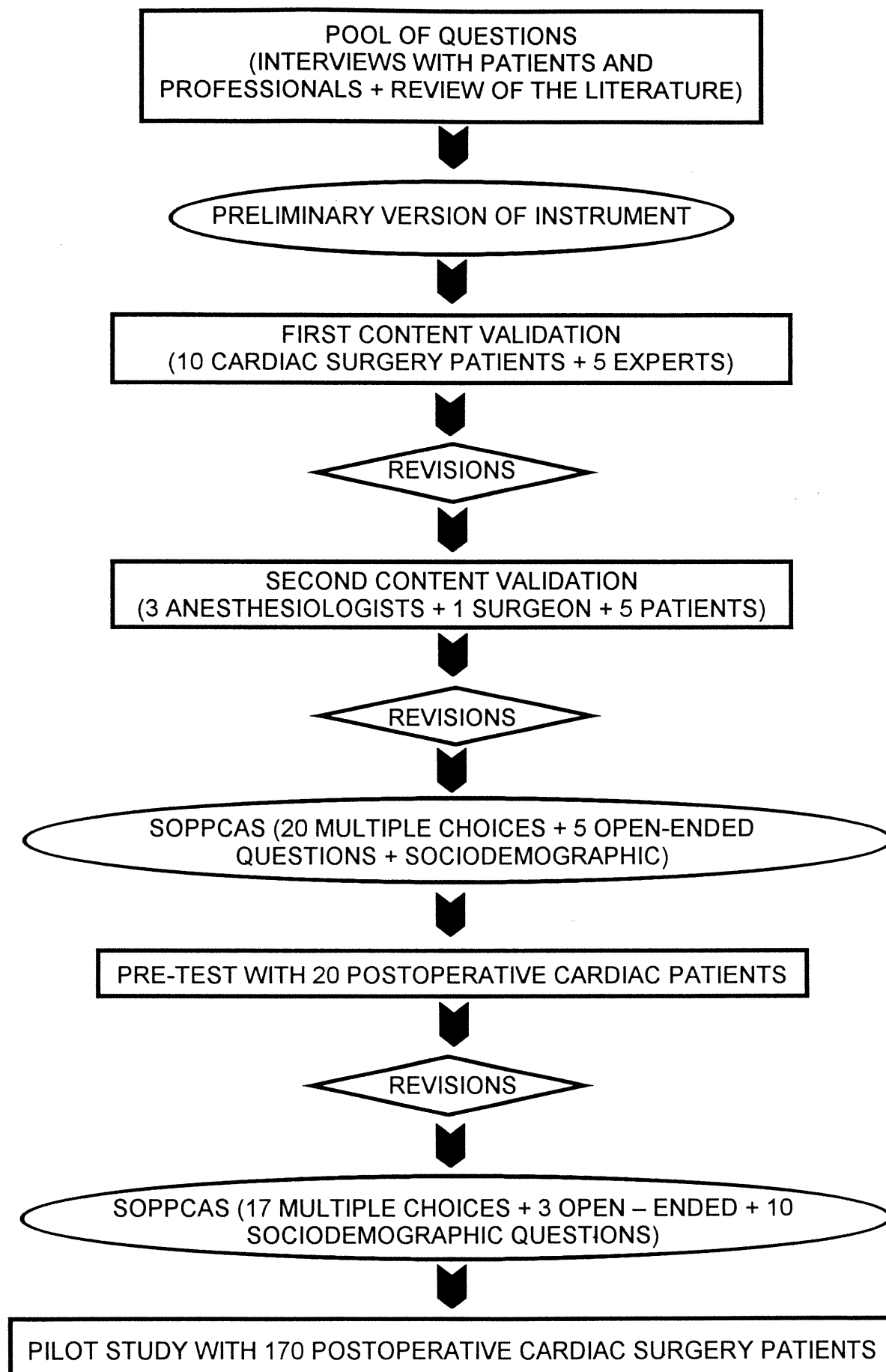


FIGURE 2 Principal stages in the development of the SOPPCAS. Rectangles represent the different phases towards the validation of the SOPPCAS. Lozenges represent changes made to the SOPPCAS following comments of reviewers. Ellipses represent different versions of the SOPPCAS.



**TABLE I****Major postoperative complaints (T-1)**

<b>Complaints</b>	<b>n (%)</b>
Nausea & vomiting	136 (80.0%)
Pain	120 (70.6)
Sleep disorders (insomnia, nightmares)	104 (61.2)
Voice hoarseness	93 (54.7)
Sore throat	71 (41.8)
Numbness (arms, legs)	57 (33.5)
Hallucinations	56 (32.9)
Memory losses	48 (28.2)
Headache	43 (25.3)
Visual problems	30 (17.6)
Auditory problems	10 ( 5.9)
<b>Miscellaneous</b> (Complaints related to medical-surgical complications e.g. arhythmias, pneumothorax. Each complaint occured with a frequency of less than 5%)	76 (44.7)

**TABLE II****Distribution of items according to the factors of the SOPPCAS (Alpha, variance explained)****Factor 1: Patient / Anesthesiologist interactions (0.78, 20.55%)**

- 1) Before your operation, did the anesthesiologist provide some information regarding your anesthesia?
- 2) Did you receive some information on the side effects related to the anesthesia?
- 3) Did the anesthesiologist reassure you regarding your anesthesia?
- 5) Did you feel that the anesthesiologist paid attention to your questions and comments?
- 6) Before the operation, was the informations given by the anesthesiologist clear?
- 7) Before the operation, did you get any information regarding the risks related to blood transfusion?

**Factor 2: Preoccupations related to anesthesia (0.66, 13.32%)**

- 4) Before the operation, were you afraid to feel pain after the operation?
- 9) Were you afraid to fall asleep and not wake up?
- 13) Were you afraid of dying?
- 14) Were you afraid of waking up during the operation?

**Factor 3: Experience with anesthesia (0.63, 12.38%)**

- 8) Did the medication you received before leaving your room for the operating room make you feel relaxed?
- 10) Do you remember having a tube down your throat?
- 11) Was the tube in your throat a painful experience?
- 17) Do you remember entering the operating room?

**Factor 4: Pain management (0.47, 9.69%)**

- 15) Did you suffer from pain?
- 16) Was your pain well relieved?

Question 12 obtained very low variance on all factors and lowered considerably the internal consistency of the SOPPCAS. It will be deleted from the next version of the SOPPCAS.

- 12) Did you have any nightmares after the operation?

## Responses to Likert questions of the SOPPCAS (T-1)

Questions of the SOPPCAS	% of responses (1-2-3)	% of responses (4-5-6)	Mean score (min 1.0 – max 6.0) $\pm$ SD
1) Before your operation, did the anesthesiologist provide some information regarding your anesthesia?	16.8	83.2	4.61 $\pm$ 1.29
2) Did you receive some information on the side effects related to the anesthesia?	37.0	63.0	3.78 $\pm$ 1.72
3) Did the anesthesiologist reassure you regarding your anesthesia?	9.2	90.8	4.86 $\pm$ 1.14
4) Before the operation, were you afraid to feel pain after the operation? (Reversed)	64.5	35.5	2.68 $\pm$ 1.98
5) Did you feel that the anesthesiologist paid attention to your questions and comments?	7.9	92.1	4.96 $\pm$ 1.03
6) Before the operation, was the informations given by the anesthesiologist clear?	13.6	86.4	5.19 $\pm$ 0.83
7) Before the operation, did you get any information regarding the risks related to blood transfusion?	71.5	28.5	2.29 $\pm$ 1.86
8) Did the medication you received before leaving your room for the operating room make you feel relaxed?	4.2	95.8	5.36 $\pm$ 1.00
9) Were you afraid to fall asleep and not wake up? (Reversed)	75.2	24.8	2.22 $\pm$ 1.80
10) Do you remember having a tube down your throat? (Reversed)	49.2	50.8	3.81 $\pm$ 2.13
11) Was the tube in your throat a painful experience? (Reversed)	61.2	38.8	3.06 $\pm$ 2.12
12) Did you have any nightmares after the operation? (Reversed)	70.0	30.0	2.45 $\pm$ 1.89
13) Were you afraid of dying? (Reversed)	79.4	20.6	2.11 $\pm$ 1.61
14) Were you afraid of waking up during the operation? (Reversed)	94.8	5.2	1.31 $\pm$ 1.08
15) Did you suffer from pain? (Reversed)	59.4	40.6	3.15 $\pm$ 1.66
16) Was your pain well relieved?	13.5	86.5	5.23 $\pm$ 0.99
17) Do you remember entering the operating room? (Reversed)	64.6	35.4	2.62 $\pm$ 2.06
Global mean satisfaction			4.45 $\pm$ 0.64

**Troisième article : Clinimetric scale to measure surgeons' satisfaction with anesthesia services**

# **Clinimetric Scale To Measure Surgeons' Satisfaction With Anesthesia Services**

**LeMay et al.: Surgeons' Satisfaction**

Sylvie Le May RN, M.Sc.†

Gilles Dupuis Ph.D.‡

François Harel M.Sc.§

Marie-Christine Taillefer B.Sc.‡

Serge Dubé MD, M.Sc.§

Jean-François Hardy MD†

From the †Department of Anesthesiology, Montreal Heart Institute, Montreal.

‡Department of Psychology, Université du Québec à Montréal, Montreal. ¶Department of Biostatistics, Montreal Heart Institute, Montreal. §Department of Surgery, Maisonneuve-Rosemont Hospital, Montreal.

Address correspondence to : Dr Jean-François Hardy, Montreal Heart Institute, 5000  
Bélanger Est, Montréal (Québec), HIT 1C8, Canada.  
e-mail : [jean-francois.hardy@umontreal.ca](mailto:jean-francois.hardy@umontreal.ca)

This study was supported in part by the Department of Anesthesiology, Montreal Heart Institute, Montreal, Canada.

**Article publié dans le Canadian Journal of Anesthesia 2000; 47 (5): 398-405.**

## Abstract

**Background :** Continuous quality improvement is of increasing interest to anesthesiologists. Since surgeons are co-workers and important clients of anesthesiologists, the level of satisfaction of surgeons with anesthesia services should be explored to optimize quality.

**Purpose :** First, to introduce the concept of surgeons as clients of anesthesiologists and second, to develop and test an instrument to measure surgeons' satisfaction, the Surgeon Satisfaction with Anesthesia Services (SSAS) scale.

**Methods :** A conceptual model of surgeon satisfaction with anesthesia services was created before the development of the SSAS scale. The scale, composed of socio-demographic, Likert-type and open-ended questions was sent to a sample of 250 surgeons selected randomly by the Collège des Médecins du Québec. Exploratory factorial analysis were performed on the results.

**Results :** A Cronbach's alpha of 0.84 was obtained for internal consistency. Exploratory factorial analysis yielded two subscale factors: a) clinical expertise and b) attitudes and behaviour. Global mean of surgeons' satisfaction was moderately high (3.11/4.0). Satisfaction was not related to sociodemographic variables. Very high scores were obtained for items related to clinical expertise. Items related to attitudes and behaviour obtained lower scores. A significant difference was obtained between both factors ( $t = -5.732, p = 0.0001$ ).

**Conclusion.** The SSAS scale is a new instrument available to evaluate surgeon satisfaction. Overall, surgeons seem satisfied with anesthesia services, but many areas of dissatisfaction persist. Further discussions with surgeons should be encouraged, in view of improving the perceptions of the quality of anesthesia services and interprofessional relationships.

## Résumé

**Contexte:** L'amélioration continue de la qualité comprend la perception des clientèles d'un service. Puisque les chirurgiens font partie des principaux clients des anesthésiologistes, il devient important d'explorer leurs perceptions en regard des services anesthésiques.

**Objectif:** Introduire le concept des chirurgiens en tant que clients des anesthésiologistes puis vérifier les attributs de l'Échelle de Satisfaction des Chirurgiens en regard des Services Anesthésiques (ESCA).

**Méthode:** Un modèle sur la satisfaction des chirurgiens en regard des services anesthésiques a été créé préalablement à l'ESCA. L'ESCA comprend des questions de type Likert, ouvertes et sociodémographiques. Cet instrument a été envoyé à un échantillon de 250 chirurgiens sélectionné de façon aléatoire par le Collège des Médecins du Québec.

**Résultats:** Un alpha de Cronbach de 0.84 a été obtenu pour l'ESCA. L'analyse factorielle exploratoire a identifié deux facteurs: a) expertise clinique et b) attitudes et comportement. La moyenne générale de la satisfaction des chirurgiens était modérément élevée (3.11/4.0). Aucun des facteurs sociodémographiques ne s'est révélé significatif en regard de la satisfaction. Des scores élevés ont été obtenus sur les items reliés à l'expertise clinique. Les items reliés aux attitudes et comportements ont obtenu des scores plus faibles. Une différence significative a été obtenue entre les deux facteurs ( $t = -5.732, p=0.0001$ ).

**Conclusion:** L'ESCA est un nouvel instrument pour évaluer la satisfaction des chirurgiens. Les chirurgiens de l'étude sont satisfaits des services anesthésiques mais plusieurs insatisfactions demeurent. Ces informations devraient être utilisées afin de favoriser les discussions avec les chirurgiens et d'améliorer la qualité des services anesthésiques.

**Keywords:** Anesthesia, anesthesiologists, services, quality, continuous quality improvement

Continuous Quality Improvement (CQI) is of increasing interest to anesthesiologists. Since surgeons are one of their important clients along with patients, students and hospital administration, it is important for anesthesiologists to include the level of satisfaction of surgeons regarding anesthesia services in their CQI efforts. The concept of surgeons as part of the clientele of anesthesiologists is new and unfamiliar, and many anesthesiologists are still sceptical towards considering surgeons as their customers. Nevertheless, several authors strongly believe that since the department of anesthesia offers essential services to the department of surgery, the latter are then considered clients (internal customers) of the former.<sup>1,2</sup>

Review of the literature through databanks such as Medline, Current Contents, Dissertation Abstracts, PsycLit, from 1980 to February 1999, using the keywords : surgeon satisfaction, surgeon perceptions, surgeon & anesthetist, intraprofessional relationships, and intradisciplinary, yielded only one study concerning the evaluation of surgeons' satisfaction with anesthesia services.<sup>3</sup>

The purpose of this article is twofold : first, to introduce the concept of surgeons as clients of anesthesiologists and second, to present the results of a study designed to develop and test a novel instrument to measure surgeons' satisfaction, the Surgeon Satisfaction with Anesthesia Services (SSAS) scale.

### **The concept: surgeons as clients**

We first define the concept of surgeons as clients of anesthesiologists, as the perceptions of surgeons concerning the anesthesiologists' success in meeting their expectations regarding communication, interpersonal relationships, exchanges and clinical services provided by anesthesiologists. We termed this concept «Surgeon Satisfaction with Anesthesia Services». Figure 1 (p. 108 de la thèse) shows this concept in the form of a model of surgeon satisfaction with anesthesia services. We were influenced by the model



of Lee & Lum<sup>4</sup> adapted from Iezzoni<sup>5</sup>, to elaborate the SASS model. The figure shows the different relationships between the elements that may influence surgeon satisfaction with anesthesia services. The model presents elements related to anesthesiologist characteristics per se (Clinical expertise, Attitudes & Behaviour and Personality), as well as external elements, related to the provision of anesthesia services (number of anesthesiologists, mode of remuneration, etc.). All of these elements combined with the interactions with surgeons, may explain surgeons' satisfaction or lack thereof. This model constitutes our conceptual representation of the variables possibly related to surgeons' satisfaction with anesthesia services. It will require empirical validation to strengthen and verify the elements and relationships presented, but we suggest it constitutes a reasonable initial approach to study surgeon satisfaction.

## METHODS

### a) Development of the SSAS scale

The principal stages in the development of the SSAS scale are shown in Figure 2 (p.109 de la thèse). The items of the scale were first taken from the literature<sup>2</sup> and from suggestions of authors. The format of the scale was inspired from the Interprofessional Perception Scale.<sup>6</sup> A preliminary version of the scale was submitted to an anesthesiologist and an expert in psychometry for a first content validation. Following suggestions from this first validation, a second content validation was performed with three surgeons from different specialties. This led to the first version of the Surgeon Satisfaction with Anesthesia Services (SSAS) scale. At that stage, the scale was composed of 17 Likert-type questions with four levels (Strongly disagree, Disagree, Agree, Strongly agree) and four open-ended questions. Some of the questions (5,8,12,13,15,17) are negatively worded (reversed) to control for the occurrence of a bias of acquiescence (Tendency to give positive responses to a question irrespectively of the content of the item).<sup>7</sup>

This initial version was tested with five cardiac surgeons (convenience sample). Comments from these surgeons led to multiple corrections and elaboration of a subsequent version of the scale. This last version included questions related to sociodemographic and professional variables, 17 Likert-type questions and two open-ended questions exploring surgeon satisfaction : 1) Are you satisfied with the interactions you have with the anesthesiologists outside of the operating room?, 2) What do you think would improve the quality of services provided by anesthesiologists to your department of surgery?

Appendix 1 (p. 101 de la thèse) presents a translated version of the SSAS scale. The English version was verified using a back-to-back translation method (French → English then, English → French) by two surgeons and three anesthesiologists.

**b) Data collection**

A sample of 250 French speaking surgeons, selected at random, across the province of Quebec, Canada, was obtained from the Collège des Médecins du Québec. A covering letter, the SSAS scale and a stamped return envelope were sent to all surgeons of the sample during the period of January 1998 to March 1998. The questionnaires were coded only to facilitate the inventory of the returned questionnaires. A second mailing was undertaken during the month of April 1998 to all non-respondents (140) from the first mailing.

**c) Statistical analysis**

Responses to each item were summarized with descriptive statistics (mean  $\pm$  SD) or the percentage of surgeons who agreed/ disagreed (strongly or not) whenever appropriate. The reliability (internal consistency) of the SSAS and its subscales was measured with Cronbach's Alpha. Relationships between sociodemographic, professional variables and surgeons' global satisfaction score were assessed with Pearson's correlation coefficients or one-way analyses of variance depending on the nature of the variables. Analyses were performed by using the SAS release 6.12 software (SAS Institute, Cary, North Carolina).

We also proceeded to an exploratory factor analysis of the items, based on the intercorrelation matrix. An exploratory procedure was chosen since no theoretical expectations were formulated beforehand as to the number or nature of underlying factors.

Factor analysis is a procedure essential to the development of an instrument. It serves several purposes. It helps to determine how many latent variables underlie a set of items and whether one or several more specific constructs are needed to characterize the item set.<sup>8</sup> This is accomplished by identifying groups of items that covary with one another and appear to define meaningful underlying factors.

Factor analysis includes three stages: 1) Factor extraction (e.g. Scree test), 2) Factor rotation (e.g. Varimax rotation), 3) Factor loadings. Factor extraction determines the

number of underlying factors. The goal of factor rotation is to maximize the variance of factor loadings by making high loadings (item to factor correlations) higher and low ones lower for each factor.<sup>8</sup> Factor loadings represents the mathematical results of the correlations between the items and the number of underlying factors.<sup>9</sup> In other words, they represent the variance expressed by each item on each factor.

## RESULTS

### a) Sample characteristics

The overall return rate was 60% (150/250), including a return rate of 28% (40/140) from the second mailing. Of the 150 respondents, 12 declined to answer the SSAS scale but answered the sociodemographic and professional questions. The main reasons mentioned for not answering the SSAS were : retirement and administrative tasks.

The mean age of respondents was 48.5 years and there was a clear majority of men (84.6%) compared with women (15.4%). Respondents were general surgeons (23.9%), obstetricians & gynecologists (20.3%) cardiovascular & thoracic surgeons (10.1%), otorhinolaryngologists (8.7%), orthopedic surgeons (8.0%), urologists (7.2%), ophthalmologists (6.5%), plastic surgeons (5.8%) and neurosurgeons (2.2%). Each of the following specialists : vascular, pediatric, gynecology/oncology and oncology surgeons accounted for 1.4% of the sample. Regarding experience, 19% had 5 to 9 years, 13.1% had 10 to 14 years and 26.3% had 15 to 19 years of surgical experience. Twenty-seven percent had over 20 years of experience. Surgeons performed  $9 \pm 6$  operations per week and encountered  $3 \pm 1$  anesthesiologists per week on average (Distribution normally distributed).

### b) Psychometric results of the SSAS scale

Cronbach's Alpha for internal consistency was 0.84. Factor rotation (Varimax) determined the existence of two differentiated factors : A) Clinical Expertise (Cronbach's Alpha: 0.79), B) Attitudes & Behaviour (Cronbach's Alpha: 0.81). A significant difference was obtained between both factors ( $t = -5.732$ ,  $p=0.0001$ ). Table I (p.110 de la thèse) presents the distribution of the items (questions) according to both factors. Factor loadings from principal components analysis of the SSAS scale (construct validity testing) are given in Table II (p.111 de la thèse). Items 12 and 15 displayed the weakest distinctions between factors.

### c) Likert-type questions

For the 17 statements of the SSAS scale, mean satisfaction averaged  $3.11/4.0 \pm 0.37$ . Table III (p.112 de la thèse) presents the results obtained for each question, expressed in percentages and dichotomized between low (1=Disagree strongly-2=Disagree) and high (3=Agree-4=Agree strongly) scores and also the mean score obtained for each question. The respondents scored highly (over 80% Agree-Strongly agree ) on questions related to patient surveillance (Q-1), attitude in emergency situations (Q-6), consideration for surgeons' professional opinions (Q-7), mechanical ventilation (Q-10), and efficacy in emergencies (Q-14). Anesthesiologists also obtained high scores on the following questions : respect of surgeons' expertise (Q-5), attitude during discussions (Q-8), update of knowledge and skills (Q-12) and appropriateness of pre-operative testing (Q-15). However, more than 40% of the surgeons thought that the anesthesiologists should strongly improve on the followings: openness to criticism and constructive comments (Q-3), rapidity in positioning and induction of patients (Q-4), punctuality (Q-16) and flexibility in adjustment of schedules to the surgeons' needs (Q-17).

Among all the sociodemographic and professional variables, only the number of different anesthesiologists encountered per week in the O.R. was correlated with the surgeons' global satisfaction score ( $r = -0.2$   $p = 0.0234$ ).

### d) Open-ended questions

The surgeons were offered the opportunity to express themselves, on topics covered or not by the Likert-type questions, through the open-ended questions. Almost all (133/138) chose to comment on their relationships with anesthesiologists and/or to make suggestions to improve the quality of anesthesia services (Voir Appendice B de cette thèse).

In general, surgeons mentioned that they would like more scientific discussions and interdepartmental meetings with anesthesiologists. They would also prefer a more personalized evaluation of patients' postoperative pain and the elimination of pain protocols.

Furthermore, they offered suggestions for the improvement of the quality of services offered by anesthesiologists: increase the number of staff anesthesiologists, improve the availability of anesthesiologists, abolish the pooling of revenues, position patients and proceed with induction more rapidly to decrease delay between cases, increase cooperation regarding priority of cases and emergency surgical procedures (necessity of an OR coordinator-not a nurse). They also suggested that the staff anesthesiologists be more patient-minded even though they do not have their own clientele, and that they should remain in the OR during the entire procedure.

## DISCUSSION

### **The SSAS scale**

Internal consistency of the scale (Cronbach's Alpha) was sufficiently high to support reliability of the instrument. With respect to construct validity of the SSAS, factor analysis clearly identified two factors (clinical expertise and attitudes & behaviour) within the SSAS. Items clearly distributed themselves among both factors with the exception of items 12 and 15. These items obtained low variances on both factors, meaning that they do not discriminate between the dissatisfied and the satisfied surgeons. They will be removed in the next version of the instrument since they did not generate much variance.

Establishing content validity, internal consistency and construct validity are considered sufficient psychometric measures, for a first trial, to appreciate the properties of the SSAS scale.<sup>9</sup> It is considered inappropriate to try to perform every psychometric test available on a new scale in a single study.<sup>9</sup> Achievement of the complete psychometric profile of a new scale takes time and many trials.<sup>10</sup> The task of maintaining reliability and validity of instruments is never finished. Measurement devices are nearly always subject to the effects of social context. Values and practice patterns change, individuals think differently about a number of matters, and terminologies go out of fashion.<sup>10</sup> Scale development has no end-stage, it is a continuous and retroactive process. Nevertheless, according to Crocker and Algina,<sup>9</sup> the results attained in this study are sufficient to consider the scale proper and reliable to be employed on a departmental basis.

### **Surgeon satisfaction**

Our study is innovative since it concerns a matter often considered problematic by anesthesiologists but seldom brought to open discussion. Since anesthesiologists and surgeons are interdependent in their work, it is important to allow more consideration to the improvement of their relationships.



The SSAS scale was developed as a means for anesthesiologists to identify areas needing improvement, to offer a better service to one of their «customers». Investigating surgeons' opinions does not mean that anesthesiologists are stepping backwards into a subservient role with surgeons. As mentioned by Duncan<sup>1</sup> : «Our customers want to get value for their money, and will support a specialty that visibly seeks to improve the worth of its collective practice».

Overall, our results suggest that surgeons are satisfied with the services provided by anesthesiologists but some areas remain unsatisfied. Firstly, they would like to increase their scientific and interpersonal exchanges with anesthesiologists. There is also an obvious interest by surgeons to increase productivity and since they mostly depend on anesthesiologists to do so, they want them to be available at all times.

Anesthesiologists often ask why they should care about surgeons' opinions, arguing that it would not have an impact on the distribution of their services to patients. This may not be true. When anesthesiologists meet and exceed their customers' expectations, they are and will be recognized for the quality of their practice. Excellence in performance can only be assessed by those receiving the service. It is the customers' view of the practice of anesthesiologists, not just peer review, that decides the worth of anesthesiologists to the medical system.<sup>1</sup> Identification of areas of dissatisfaction should generate an interest to ameliorate these areas, thus improving working relationships and increasing the credibility of the department of anesthesiology. If the value of a department is rated highly, this will inevitably (in the long term at least) benefit the department and, for example, facilitate funding for innovative technology, new drugs, etc.

Since surgeons and anesthesiologists work closely on a daily basis, improving relationships between departments will benefit the individuals concerned and, ultimately, can only improve patient care. Moreover, a stress-free work environment and relationships should allow individuals to express their full potential. We suggest this is especially important in the operating room environment where decisions are made rapidly, actions taken are often

irreversible and patient safety is paramount. Knowledge of the sources of dissatisfaction (Table III) can lead to different corrective measures. Dissatisfaction may be related to anesthesiologists. The department of anesthesiology will then be responsible for correction in a timely fashion. On the other hand, dissatisfaction may stem from an inappropriate conception/perception by surgeons of what anesthesia services should be. Open discussions to correct erroneous conceptions/perceptions should improve surgeon satisfaction with anesthesia services and relationships among departments. Dissatisfaction may also be related to external factors that may or may not be corrected. Again, corrective action and/or open discussion should improve relationships among departments, the work environment and, ultimately, patient care.

## Conclusion

Evaluation of the level of satisfaction of their different clientele is one of the components of continuous quality improvement in anesthesiology, in order to provide the best possible services. The concept that surgeons are part of the anesthesiologists' clientele may come as a shock for a number of anesthesiologists but is supported by modern literature on CQI. We present a conceptual model that allows surgeon satisfaction to be examined according to characteristics related to anesthesiologists and to characteristics common to both specialties.

Our results show that the SSAS has both internal consistency and construct validity. Reliability and validity of the instrument will have to be tested further, especially with other linguistics groups. The degree of satisfaction/dissatisfaction with anesthesia services presented should be interpreted with caution, bearing in mind that it applies to a general sample of surgeons chosen across a provincial population of surgeons and not to a sample taken from a single department of surgery.

## **Acknowledgements**

The authors would like to acknowledge the outstanding secretarial support of Mrs Céline Charbonneau and Ms Nicole Charbonneau of Accès Secrétariat, Blainville (Qc). We are also grateful to the Editor and the two anonymous reviewers who commented on an earlier draft of this paper.

## References

- 1 *Duncan PG*. Quality : A job well done! *Can J Anaesth* 1993; 40 : 813-5.
- 2 *Eagle CJ, Davies JM*. Current models of quality – An introduction for anaesthetists. *Can J Anaesth* 1993; 40 : 851-62.
- 3 *Vitez TS, Macario A*. Setting performance standards for an anesthesia department. *J Clin Anesth* 1998; 10 : 166-75.
- 4 *Lee A, Lum ME*. Measuring anaesthetic outcomes. *Anaesth Intensive Care* 1996; 24 : 685-93.
- 5 *Iezzoni LI*. Risk adjustment for measuring health care outcomes. Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press, 1994.
- 6 *Golin AK, Ducanis AJ*. The interdisciplinary team. Rockville, Maryland : Aspen Publication, 1981.
- 7 *Streiner DL, Norman GR*. Health measurement scales: A practical guide to their development and use. New York, NY: Oxford Medical Publications, 1995.
- 8 *DeVellis RF*. Scale development: Theory and applications. London, UK: Sage Publications, 1991.
- 9 *Crocker L, Algina J*. Introduction to classical & modern test theory. Montreal : Harcourt Brace Jovanovich College Publishers, 1986.
- 10 *Williams MA*. Instrument development : Always unfinished. *Res Nurs & Health* 1989; 12 : iii-iv.

**Appendix 1**

## **Surgeon Satisfaction with Anesthesia Services scale (SSAS)**

This instrument is designed to measure your level of satisfaction with the services offered by the department of anesthesia. Completion of the questionnaire is important for the continuous quality improvement of the services offered by the anesthesiologists. The questionnaire includes 17 multiple choice questions and 2 open-ended questions. Your answers will be processed confidentially.

**If you choose not to answer the questionnaire, would you kindly respond only to the demographic questions preceding the questionnaire and indicate the reason(s) why you chose not to answer. Thank you.**

**Demographic and professional data**

- 1) What is your age? \_\_\_\_\_
- 2) What is your gender? \_\_\_\_\_
- 3) What is your surgical speciality?  
\_\_\_\_\_
- 4) How many years of experience do you have in surgical practice?  
\_\_\_\_\_
- 5) In a typical week, how many operations do you perform?  
\_\_\_\_\_
- 6) At your hospital,  
-There are how many anesthesiologists? \_\_\_\_\_  
-There are how many surgeons? \_\_\_\_\_
- 7) In a typical week, with how many different anesthesiologists do you work with?  
\_\_\_\_\_

**Reason(s) for not responding to the questionnaire on satisfaction**

---

---

---

---

---

---

---

---



Please answer the following questions concerning the anesthesiologists with whom you work. For each question, circle your choice of answer before answering the next question.

The anesthesiologists :	1 = Disagree strongly	2 = Disagree	3 = Agree	4 = Agree strongly
1) Maintain patients hemodynamically Stable during surgery	1	2	3	4
2) Communicate with surgeons during surgery	1	2	3	4
3) Are open to criticism and constructive Comments	1	2	3	4
4) Position patients and induce anesthesia rapidly	1	2	3	4
5) Encroach on my field of expertise	1	2	3	4
6) Consider my professional opinion	1	2	3	4
7) Remain calm during emergencies	1	2	3	4
8) Show a passive and indifferent attitude While discussing with surgeons	1	2	3	4
9) Control patients' postoperative pain effectively	1	2	3	4
10) Control mechanical ventilation effectively in the postoperative period	1	2	3	4

<b>The anesthesiologists :</b>	<b>1 = Disagree strongly</b>	<b>2 = Disagree</b>	<b>3 = Agree</b>	<b>4 = Agree strongly</b>
11) remain sufficiently present in the operating room during surgery to supervise the patient's condition and the devices installed	1	2	3	4
12) neglect to update their clinical knowledge/skills	1	2	3	4
13) show a defensive attitude during discussions	1	2	3	4
14) act effectively during emergencies	1	2	3	4
15) ask too many unnecessary preoperative tests	1	2	3	4
16) are punctual	1	2	3	4
17) are not very likely to adjust their availability according to the surgeon's or patients' needs	1	2	3	4

The following questions are designed to complement the multiple choice questions. Please detail each of your answers and do not hesitate to add any comments.

- A) Are you satisfied with the interactions you have with the anesthesiologists outside of the operating room? (e.g. : during meetings between departments, on the wards, etc.).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- B) What do you think would improve the quality of services provided by anesthesiologists to your department of surgery?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## **Figures and Tables**

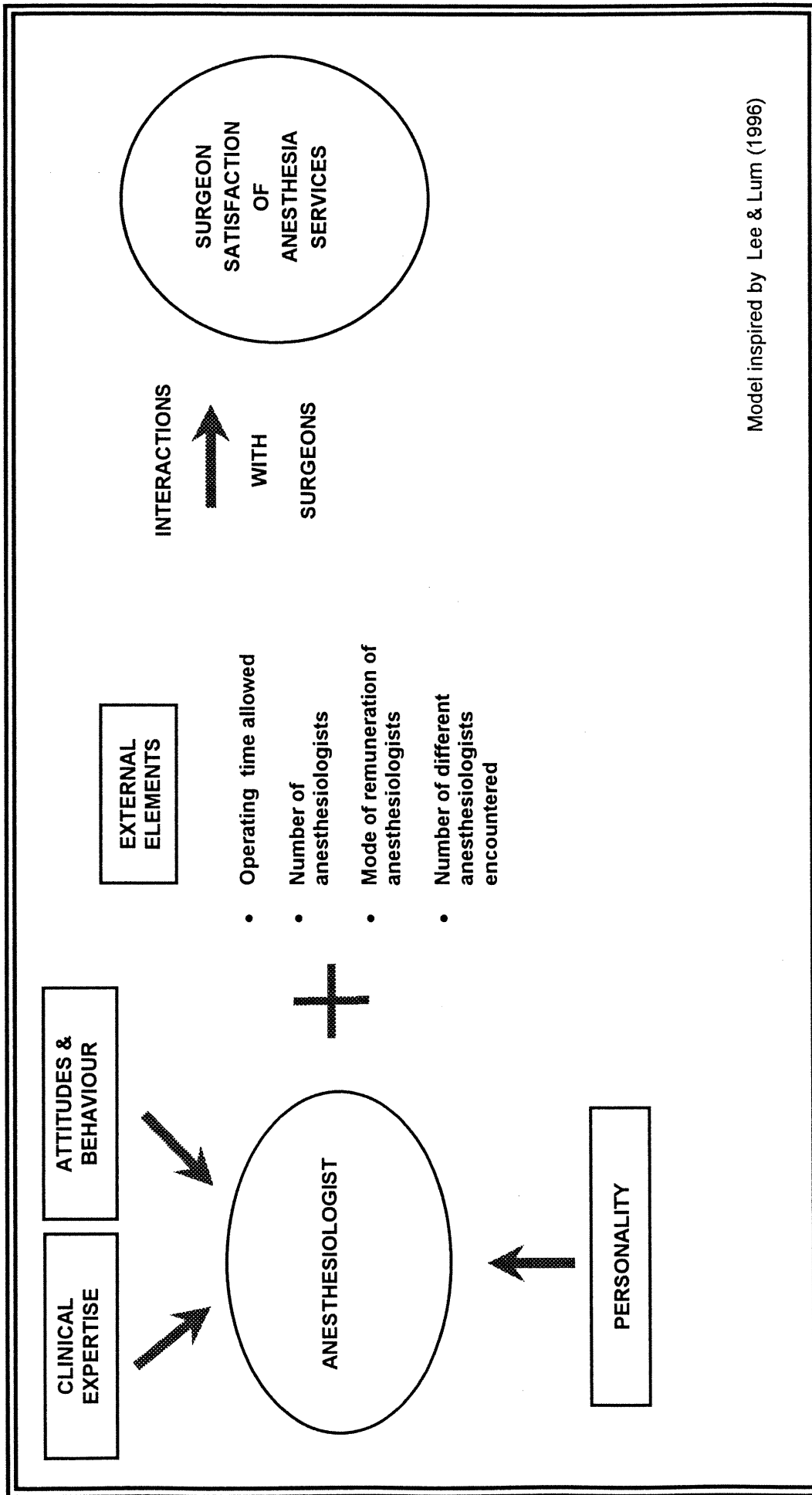


Figure 1. The model of Surgeon Satisfaction with Anesthesia Services. Characteristics of the anesthesiologists such as clinical expertise, attitudes & behaviour and personality traits combined to external elements and interactions with surgeons, might explain surgeon satisfaction regarding anesthesia services.

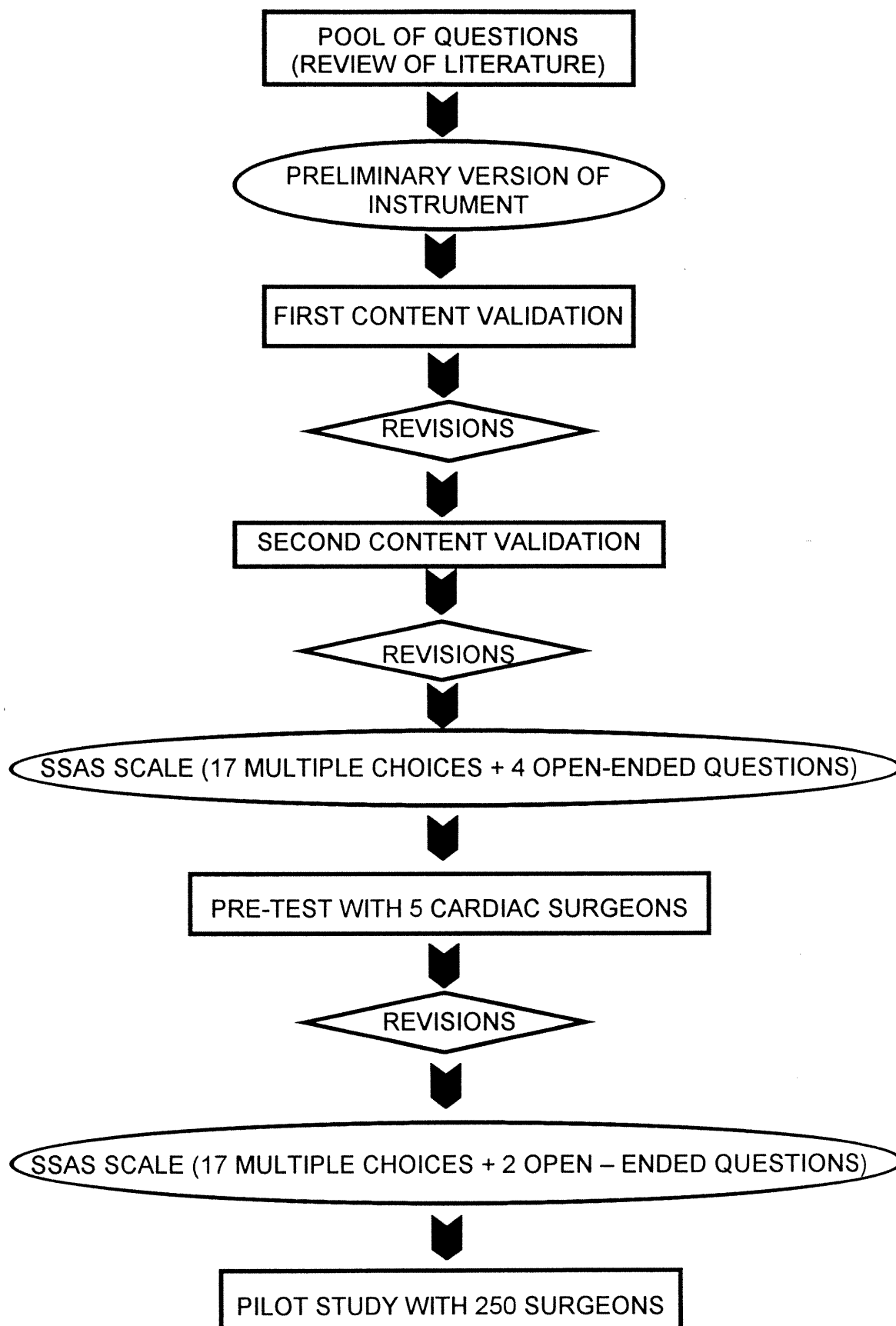


FIGURE 2 Principal stages in the development of the SSAS scale. Rectangles represent the different phases towards the validation of the SSAS scale. Lozenges represent changes made to the SSAS scale following comments of reviewers. Ellipses represent different versions of the SSAS scale.

**Table I****DISTRIBUTION OF ITEMS ACCORDING TO ANESTHESIOLOGIST FACTORS****A) Clinical Expertise**

- 1) Maintain patients hemodynamically stable during surgery
- 2) Communicate with surgeons during surgery
- 7) Remain calm during emergencies
- 9) Control patients postoperative pain effectively
- 10) Control mechanical ventilation effectively in the postoperative period
- 11) Remain sufficiently present in the operating room during surgery to supervise the patient's condition and the devices installed
- 14) Act effectively during emergencies

**B) Attitudes & Behaviour**

- 3) Are open to criticism and constructive comments
- 4) Position patients and induce anesthesia rapidly
- 5) Encroach on my field of expertise
- 6) Consider my professional opinion
- 8) Show a passive and indifferent attitude while discussing with surgeons
- 13) Show a defensive attitude during discussions
- 16) Are punctual
- 17) Are not very likely to adjust their availability according to the surgeon's or patient's needs

Questions 12 and 15 obtained low variance on both factors and will be deleted from the next version of the SSAS scale.

- 12) Neglect to update their clinical knowledge/skills
- 15) Ask too many unnecessary preoperative tests

Table II

## FACTOR LOADING OF ITEMS ON SSAS SCALE

	ITEMS	FACTOR 1	FACTOR 2
1)	Maintain patients hemodynamically stable during surgery	0.75	0.07
2)	Communicate with surgeons during surgery	0.53	0.11
3)	Are open to criticism and constructive comments	0.38	0.54
4)	Position patients and induce anesthesia rapidly	0.27	0.60
5)	Encroach on my field of expertise	-0.02	0.60
6)	Consider my professional opinion	0.34	0.62
7)	Remain calm during emergencies	0.63	0.25
8)	Show a passive and indifferent attitude while discussing with surgeons	0.01	0.74
9)	Control patients' postoperative pain effectively	0.74	-0.03
10)	Control mechanical ventilation effectively in the postoperative period	0.72	0.16
11)	Remain sufficiently present in the operating room during surgery to supervise the patient's condition and the devices installed	0.57	0.31
12)	Neglect to update their clinical knowledge / skills	0.13	0.12
13)	Show a defensive attitude during discussions	0.06	0.74
14)	Act effectively during emergencies	0.74	0.15
15)	Ask too many unnecessary preoperative tests	0.13	0.40
16)	Are punctual	0.27	0.56
17)	Are not very likely to adjust their availability according to the surgeon's or patients' needs	0.09	0.55



Table III

## RESPONSES TO LIKERT QUESTIONS OF SSAS

Questions of SSAS scale	% of responses (1-2)	% of responses (3-4)	Mean score (min 1.0-max 4.0) $\pm$ SD*
1) Maintain patients hemodynamically stable during surgery	5.8	<b>94.2</b>	3.66 $\pm$ 0.59
2) Communicate with surgeons during surgery	20.4	<b>79.6</b>	3.16 $\pm$ 0.83
3) Are open to criticism and constructive comments	41.6	<b>58.2</b>	2.70 $\pm$ 0.89
4) Position patients and induce anesthesia rapidly	42.3	<b>57.7</b>	2.55 $\pm$ 0.95
5) Encroach on my field of expertise ( <b>Reversed</b> )	<b>94.0</b>	6.0	1.19 $\pm$ 0.53
6) Consider my professional opinion	12.4	<b>87.6</b>	3.23 $\pm$ 0.74
7) Remain calm during emergencies	13.1	<b>86.9</b>	3.30 $\pm$ 0.73
8) Show a passive and indifferent attitude while discussing with surgeons ( <b>Reversed</b> )	<b>89.6</b>	10.4	1.36 $\pm$ 0.71
9) Control patients postoperative pain effectively	26.1	<b>73.9</b>	3.09 $\pm$ 0.95
10) Control mechanical ventilation effectively in the postoperative period	7.5	<b>92.5</b>	3.50 $\pm$ 0.72
11) Remain sufficiently present in the operating room during surgery to supervise the patient's condition and the devices installed	39.4	<b>61.6</b>	2.74 $\pm$ 1.05
12) Neglect to update their clinical knowledge / skills ( <b>Reversed</b> )	<b>94.4</b>	5.1	1.22 $\pm$ 0.61
13) Show a defensive attitude during discussions ( <b>Reversed</b> )	<b>78.8</b>	21.2	1.64 $\pm$ 0.94
14) Act effectively during emergencies	7.3	<b>92.7</b>	3.53 $\pm$ 0.65
15) Ask too many unnecessary preoperative tests ( <b>Reversed</b> )	<b>91.9</b>	8.1	1.35 $\pm$ 0.67
16) Are punctual	40.1	<b>59.9</b>	2.75 $\pm$ 0.95
17) Are not very likely to adjust their availability according to the surgeon's or patient's needs ( <b>Reversed</b> )	<b>54.0</b>	46.0	2.34 $\pm$ 1.15

\* Samply normally distributed

## **Discussion - Conclusion**

L'évaluation de la qualité des services anesthésiques est un domaine vaste comportant plusieurs facettes. Les études pilote présentées ont fait état principalement de la mesure et de l'évaluation des perceptions des principales clientèles de l'anesthésiologiste, soit les patients et les chirurgiens.

### **Satisfaction des chirurgiens**

Bien que le sujet soit inusité, l'évaluation des perceptions des chirurgiens a permis de ressortir des éléments intéressants pouvant servir à améliorer les relations interprofessionnelles entre les chirurgiens et les anesthésiologistes. Les chirurgiens de l'étude semblaient satisfaits concernant l'expertise clinique des anesthésiologistes.

Cependant, plus de 40% des chirurgiens auraient aimé que les anesthésiologistes soient plus ouverts à la critique et aux commentaires constructifs, plus rapides pour positionner les patients et débiter l'induction, plus ponctuels et finalement qu'ils tiennent compte davantage des besoins des chirurgiens dans l'organisation de leur cédule de travail.

Cependant, cette étude a suscité un malaise général, une réponse froide, polie et à quelques reprises agressive des anesthésiologistes. Ces derniers, dans l'ensemble, ne semblaient pas y voir une occasion d'améliorer leur relations avec les chirurgiens ou tout simplement d'améliorer la qualité de leurs services. Cette réticence est probablement reliée à l'historique des deux professions. En effet, depuis les débuts de l'anesthésie en 1846, les anesthésiologistes étaient sous la responsabilité des chirurgiens. Ce n'est que récemment, soit au début des années 1970, que les anesthésiologistes ont pu véritablement devenir une spécialité indépendante de la chirurgie par la création de

départements d'anesthésie universitaires et hospitaliers, distincts du département de chirurgie.

Bien que les anesthésiologistes soient motivés à améliorer leurs services, il est plausible de croire qu'ils ne sont peut-être pas prêts à considérer les chirurgiens comme faisant partie de leur clientèle. On peut également expliquer le manque d'intérêt des anesthésiologistes pour l'opinion des chirurgiens par la possibilité que ces informations ne présentent pas un intérêt clinique direct. Par exemple, on n'a qu'à feuilleter le contenu du *Canadian Journal of Anesthesia* à travers les années pour constater que très peu d'articles ont été publiés concernant les aspects socio-professionnels de l'anesthésiologie. Par ailleurs, un des membres du jury de la présente thèse (Dr Pierre Drolet), apporte une perspective intrinsèque sur les enjeux cliniques reliés à la qualité des relations entre les anesthésiologistes et les chirurgiens. Il mentionne que pour plusieurs anesthésiologistes, non seulement les exigences ou souhaits émis par les chirurgiens ne représentent généralement pas des éléments pertinents mais ces exigences seraient souvent perçues comme susceptibles de porter préjudice à la clientèle première des anesthésiologistes, soit les patients. En effet, l'emphase mise sur la rapidité d'exécution et la pression exercée pour effectuer plusieurs anesthésies de manière parallèle témoignent, pour les anesthésiologistes, du peu d'intérêt accordé par certains chirurgiens pour des considérations vitales dans le soin des opérés, surtout au niveau de la sécurité. Donc, les besoins de la clientèle chirurgien sont perçus comme contradictoires lorsqu'opposés aux besoins des opérés.

Une autre hypothèse suggérée, pour expliquer le peu d'intérêt des anesthésiologistes envers les opinions de la clientèle chirurgien, serait qu'il n'est pas approprié, dans la culture médicale, qu'une spécialité demande l'avis d'une autre concernant la qualité de sa pratique. On peut également spéculer davantage et se demander qu'étant donné la majorité d'hommes en anesthésiologie (77,4%), si ce ne serait pas plutôt une caractéristique de comportement masculine de ne pas s'enquérir de l'avis d'un autre groupe d'hommes concernant leur performance professionnelle. Ce serait considéré comme une pratique socialement inacceptable. Enfin, étant donné l'absence de littérature pertinente sur ce sujet, il est raisonnable de spéculer sur les raisons liées au manque d'intérêt des anesthésiologistes pour les perceptions des chirurgiens. Ces hypothèses représentent des éléments discutables.

Par ailleurs, il est important de mentionner que certaines caractéristiques des chirurgiens n'encouragent pas la communication et les échanges professionnels. Depuis fort longtemps, les chirurgiens sont considérés comme un groupe d'individus hautains, arrogants, prétentieux, compétitifs, et agressifs (Classel, 1987; Thorwald, 1957). Avant l'avènement de la narcose en 1846, les chirurgiens devaient opérer leurs patients sans anesthésie. On peut facilement imaginer qu'un individu capable de couper à froid, profondément et rapidement une autre personne, tout en ne se laissant pas affecter par les effluves de sang et les hurlements des patients, devait avoir des nerfs d'acier et une personnalité correspondante. Il est possible de croire que plusieurs de ces caractéristiques, associées à la personnalité des chirurgiens, soient demeurées à travers le temps. Probablement que ces éléments de la personnalité sont perpétués par un

phénomène de socialisation des jeunes résidents à la culture chirurgicale. Ce qui porte à croire que la communication avec les chirurgiens demeurera toujours ardue et compliquée. Il serait possible d'envisager le contraire si les anesthésiologistes faisaient des efforts supplémentaires pour affirmer davantage leur profession, et acquérir plus de visibilité et de notoriété. Certains sont cantonnés dans une salle d'opération et leur implication est ainsi limitée. Une meilleure image et un rayonnement plus large de leur profession encourageraient sûrement une meilleure reconnaissance de leur spécialité. D'autre part, il est certain que des stratégies pouvant amener les chirurgiens à déroger de l'attitude hiérarchique dont ils peuvent faire preuve parfois envers les anesthésiologistes contribueraient certainement à rendre le climat plus facile, ce qui en bout de ligne, ne pourrait que bénéficier au patient. Par exemple, lorsqu'un patient décède à la salle d'opération, les anesthésiologistes pourraient accompagner le chirurgien pour rencontrer la famille et contribuer ainsi à les rassurer que, entre autres, la personne décédée n'a pas souffert. Les anesthésiologistes pourraient également clarifier des incertitudes exprimées par la famille. De plus, le risque d'obtenir de l'information contradictoire, de l'anesthésiologiste et du chirurgien, est grandement diminué lorsque les deux spécialistes rencontrent ensemble la famille. Bref, Hug (2000) résume bien un des rôles importants que devrait accomplir l'anesthésiologiste à l'intérieur de l'équipe de soins périopératoires :

« Anesthesiology has been a leader in patient safety, and anesthesiologists should take a leadership role in addressing issues of patient values and goals along with medical indications for surgical interventions. Raising legitimate questions in a realistic and honest manner with our colleagues surgeons may make everyone a bit uncomfortable at first, but over time, it will gain the respect and support of surgeons who will value an ally in fending off inappropriate requests for interventions from family members and referring physicians » (pp. 557-8).

Quant à l'instrument sur l'évaluation de la satisfaction des chirurgiens (ESCA), il présente des qualités psychométriques acceptables mais il nécessitera encore plusieurs études avec différentes populations de chirurgiens afin de confirmer la stabilité de ses qualités psychométriques. Initialement, l'ESCA a été conçu pour être utilisé sur une base départementale car, dans une perspective plus large (ex. : provinciale) il procure une impression générale des perceptions des chirurgiens qui n'est pas assez spécifique pour être appliquée à chacun des départements d'anesthésiologie concernés. Utilisé dans le cadre de l'évaluation d'un seul département, il peut fournir des informations spécifiques et ainsi promouvoir des changements pertinents.

### **Relation patient-anesthésiologiste**

Lorsqu'on fait référence à l'évaluation de la qualité des services anesthésiques, la réponse est souvent sceptique. Les administrateurs et cliniciens doutent souvent de la pertinence ou même de l'utilité d'un tel projet à cause de la part de subjectivité associée à une évaluation par les patients. Pourtant, comme n'importe quelle autre spécialité médicale, l'anesthésiologie ne devrait pas faire exception quant à l'évaluation de la qualité de ses services. De plus, l'anesthésiologie en salle d'opération implique une relation courte, privilégiée et très déterminante avec la clientèle patient. En effet, c'est une relation où le patient est vulnérable et presque totalement dépendant de l'anesthésiologiste en comparaison avec un patient qui consulterait un médecin ou chirurgien dans son cabinet privé ou à l'urgence. Le patient qui entre en salle d'opération ne peut habituellement ou très difficilement en ressortir s'il n'est pas satisfait des services reçus, par rapport à un

patient en cabinet qui peut décider à tout moment de quitter et mettre fin à sa relation avec le médecin. Mais pourquoi devrait-on subir l'anesthésie? Bien qu'elle soit considérée comme un mal nécessaire lors d'une intervention chirurgicale, il revient aux anesthésiologistes de rendre cette étape plus agréable en créant une meilleure transition vers l'inconscience. En outre, la période précédant l'induction est une occasion privilégiée pour l'anesthésiologiste de créer un climat de confiance avec son patient, de le familiariser avec cet environnement froid et hostile, de lui décrire et de le prévenir de ce qu'il va ressentir afin de l'amener doucement et graduellement vers un état d'inconscience. Ces interventions de la part des anesthésiologistes démontrent un respect de celui-ci envers le patient. De plus, la qualité de la communication entre patient et anesthésiologiste va souvent être déterminante pour la confiance du patient envers l'intervenant. En effet, une communication de qualité augmente positivement l'image de l'anesthésiologiste auprès de ses patients (Kopp & Schaffer, 1999).

### **Satisfaction des patients**

Concernant la satisfaction des patients face aux services anesthésiques, la revue de la littérature sur le sujet s'est avérée bien décevante. Les 14 études recensées ne comprenaient aucun instrument valide et/ou comportaient des erreurs méthodologiques importantes. Il est étonnant de constater que ces études aient pu être publiées, de même qu'il est inquiétant que ces lacunes soient lues et perpétuées par d'autres auteurs. Bien que certains auteurs aient fait des efforts pour améliorer leurs méthodes, le produit était tout de même inadéquat (Whitty et al., 1996). De plus, certains auteurs ont surchargé d'informations les lecteurs en faisant état de toutes les validités et fidélités possible, de



leur nouvel instrument, dans un seul et même article (Dexter et al., 1997). L'absence de méthodes rigoureuses nuit à la validité des résultats et à l'avancement des connaissances sur le sujet. Donc, à la lumière de ces résultats, il a été jugé préférable de développer un nouvel instrument pour mesurer et évaluer les perceptions de patients face aux services anesthésiques cardiaques (EPPAC).

A priori, le développement d'un instrument requiert plusieurs étapes et beaucoup de temps. On ne peut vérifier tous les paramètres métrologiques dans un seul article suite aux résultats obtenus d'un seul échantillon. De plus, il n'est pas acceptable de prendre un instrument adéquat pour un type de population et de le soumettre à un autre sans vérifier préalablement s'il est valide quant au contenu pour le nouvel échantillon. De telles façons de procéder laissent planer un sérieux doute sur la qualité des résultats obtenus (Tong et al., 1997). Par ailleurs, il est étonnant de constater qu'une seule de ces 14 études a présenté une définition de ce qu'elle mesurait, et aucune d'entre elles n'a suggéré un cadre conceptuel pour présenter les variables mesurées ou hypothétisées. Ces méthodes perpétuent des erreurs systématiques d'une étude à une autre. D'ailleurs, lors d'une présentation orale à une récente conférence mondiale en anesthésiologie, certains auteurs faisaient l'éloge d'études (Dexter et al., 1997; Myles et al., 2000) ayant été critiquées antérieurement par d'autres auteurs (Le May et al., 1999; Le May et al., 2000) en regard de leur méthode. De même, l'ensemble des auteurs de ces 14 études semblait ignorer l'existence de la désirabilité sociale et de son impact sur le développement d'un questionnaire mesurant des attitudes et/ou perceptions ainsi que sur les répondants. La désirabilité sociale, est une variable importante pouvant aisément confondre les résultats

d'une étude. Si les questions d'un instrument sont fortement corrélées avec la désirabilité sociale on ne peut plus prétendre que l'instrument mesure vraiment le concept à l'étude. Que l'instrument soit considéré valide et fiable n'est pas suffisant. Encore faut-il que l'échantillonnage et la collecte de données soient planifiés rigoureusement. Le contraire laisse place à une représentation erronée de la réalité. Par exemple, une étude récente effectuée par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS, 2000) sur la satisfaction de la clientèle face aux services de santé présentait un résultat élevé (93%) de la satisfaction de la clientèle. Bien que l'instrument utilisé soit reconnu (SEQUUS, 1995), la méthode d'échantillonnage présentait un biais énorme. En effet, seuls les usagers ayant obtenu des services ont été recrutés. Les auteurs n'ont pas inclus dans leur échantillon une représentation variée d'usagers à différentes étapes du système de santé, soit les personnes sur les listes d'attente, les personnes qui attendent dans les urgences bondées, les personnes qui ont dû avoir recours à des services de santé hors province ou hors pays, etc. D'ailleurs, un tel résultat est douteux quand on le compare à la réalité quotidienne en regard de l'accès et de l'obtention de services de la part du système de santé, aux plaintes des usagers dans les médias écrits et radiophoniques, etc.

### **Image publique des anesthésiologistes**

Afin de pouvoir mesurer et porter un jugement sur les services d'un groupe de professionnels ou de mesurer un concept, il est important de bien comprendre ce qui doit être évalué et de bien connaître les rôles et les fonctions des intervenants impliqués. D'où émerge la notion de l'anesthésiologiste et de son travail. Bien que l'instrument développé, soit l'EPPAC, comprenne des questions formulées spécifiquement pour

l'anesthésiologie, il n'en demeure pas moins que 22 % de la clientèle ne se souvenait pas d'avoir rencontré l'anesthésiologiste. De plus, l'intervieweur (SLM) a dû informer plusieurs autres répondants des rôles et fonctions de l'anesthésiologiste afin de leur permettre de mieux comprendre l'ensemble des questions de l'EPPAC. Il est également possible de croire que les patients ignorent à quels services ils doivent s'attendre de la part des anesthésiologistes dans un contexte idéal. Ils ont tendance à adopter une attitude de soumission plutôt que de porter un regard critique sur les aspects humains et techniques des services reçus.

Néanmoins, le manque de visibilité des anesthésiologistes est à la fois étonnant et peu surprenant. En effet, la plupart des anesthésiologistes travaillent uniquement en salle d'opération. Ils sont donc peu visibles pour la clientèle patient. Par contre, les possibilités sont vastes pour l'anesthésiologiste de se faire connaître davantage par le public car l'anesthésiologie est une spécialité très polyvalente par rapport à l'ensemble des spécialités médicales. Elle couvre plusieurs secteurs : l'obstétrique, la clinique de la douleur, la gestion de la douleur (ex. : soins palliatifs), les équipes de réanimation (incluant le trauma), l'évaluation préopératoire, les soins postopératoires immédiats et soins intensifs, l'électrophysiologie, les thérapies transfusionnelles (incluant les produits substituts), l'intraveinothérapie (ressource pour l'hôpital), l'administration, la recherche, l'éthique, l'enseignement aux étudiants, les cours de Réanimation Cardiorespiratoire (RCR) de base et avancée (Advanced Cardiac Life Support), etc. Voilà des domaines où l'expertise de l'anesthésiologiste est, soit déjà exploitée, ou pourrait sûrement l'être davantage.

Déjà un travail de sensibilisation aux activités de la profession a été débuté par la proclamation d'une journée nationale d'anesthésie (12 mai) où des affiches et kiosques ont été mis en évidence dans plusieurs centres hospitaliers à travers le Canada pour mieux faire connaître la profession au public et aux autres professionnels de la santé.

### **Perceptions des patients**

De façon générale, les patients de cette étude sont moyennement satisfaits des services anesthésiques. Il faut néanmoins nuancer quelque peu ce résultat à la lumière du score obtenu sur l'échelle de désirabilité sociale. En effet, bien que l'échantillon a obtenu un moyenne globale modérément élevée sur l'échelle de Marlow-Crowne, la moyenne globale de l'EPPAC a tout de même obtenu une corrélation faible et non significative avec la désirabilité sociale. De même, chaque item de l'EPPAC a obtenu une corrélation faible et non significative avec la désirabilité sociale. Ce qui indique que l'EPPAC ne semble pas mesurer un construit relié à la désirabilité sociale.

Dans un autre ordre d'idées, les patients sont en général satisfaits de leurs interactions avec les anesthésiologistes et de l'information sur l'anesthésie, mais ils ont exprimé de l'insatisfaction concernant l'information sur les transfusions sanguines ainsi que sur les services postopératoires dont, entre autres, le protocole d'extubation, la gestion de la douleur, et l'information en regard des symptômes possibles en période postopératoire de chirurgie cardiaque (hallucinations, cauchemars, etc.). L'information reçue des patients aide à cibler certaines pratiques qui mériteraient d'être révisées. Il est important de tenir

compte des perceptions des patients car elles fournissent de l'information sur les conséquences perçues des actes posés par les anesthésiologistes même si elles ne reposent pas sur des bases scientifiques. Donc, à la lumière des résultats de l'étude, il faudrait se questionner concernant l'imposition de protocoles rigides aux patients. En effet, il est essentiel de personnaliser les services offerts aux patients, même si on doit déroger quelquefois des protocoles établis, car les patients ne réagissent pas de la même façon aux soins qui leur sont prodigués. La priorité dans la prestation des services doit être accordée au bien-être du patient et non au confort ou à la satisfaction des intervenants. Par exemple, il n'est pas convenable qu'un patient éveillé et prêt à être extubé souffre d'endurer son tube endotrachéal parce qu'il a eu la malchance de se réveiller à 2h00 AM et que l'anesthésiologiste ne sera pas disponible avant 6h00 AM! De même, si un patient souffre de douleurs intenses (en postopératoire) il n'est pas logique de changer son analgésique (ex. : morphine) parce que selon le protocole on doit passer à un autre médicament de moindre force (ex. : codéine-acétaminophène) après 3 à 4 jours postopératoires. Ces illogismes illustrent bien l'importance de personnaliser les services et les soins que l'on offre à la clientèle. Enfin, bien que ces exemples réfèrent entre autres à l'anesthésiologie, il est important de comprendre qu'ils s'appliquent dans un contexte multidisciplinaire.

Dans un autre ordre d'idées, il est important de spécifier que l'EPPAC a obtenu un résultat de consistance interne score (Alpha de Cronbach) faible pour l'ensemble de l'échelle. Ce résultat soulève plusieurs questions : Est-ce relié à l'homogénéité de l'échantillon, à la sélection non randomisée des sujets, à la formulation des questions, au

caractère multidimensionnel de l'EPPAC? Concernant les aspects reliés à l'échantillon de patients, il est important de faire mention d'une limite importante à la validité externe de cette étude. En effet, les résultats de cette étude ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la clientèle patient des anesthésiologistes puisque l'échantillon provenait d'une population de patients en phase postopératoire de chirurgie cardiaque. Il faut donc être prudent dans l'interprétation des résultats. D'ailleurs, l'auteure de la présente thèse recommande que l'EPPAC poursuive sa validation auprès de différentes populations, parmi la clientèle des anesthésiologistes, en ayant recours à l'EPPAC comme instrument mais en se servant d'un tronc commun de questions objectives générales de l'EPPAC avec l'ajout, après vérification de la validité, d'items spécifiques aux services reçus par la clientèle en question. Par exemple, si on veut mesurer les perceptions de la qualité des services anesthésiques obstétricaux, les questions 1,2,3,4,5,6,15,16 de l'EPPAC peuvent servir de tronc commun auquel pourraient s'ajouter d'autres questions spécifiques à l'anesthésiologie obstétricale.

Parallèlement, l'Analyse en Composantes Principales soutient l'existence de quatre facteurs distincts de l'EPPAC. Ce qui semble confirmer que la satisfaction est un concept multidimensionnel tel que soutenu par la littérature (Cleary & McNeil, 1988; Donabedian, 1988; Risser, 1975; Ware et al., 1983). En effet, ces auteurs mentionnent que, puisque des caractéristiques distinctes des services de santé modulent la satisfaction des patients, il est donc attendu qu'une mesure valide de la satisfaction des patients soit multidimensionnelle. La conceptualisation de la satisfaction des patients de cette étude considèrerait plusieurs composantes des services anesthésiques offerts aux patients dont

entre autres, l'évaluation préopératoire, la qualité de la relation et de la communication entre le patient et l'anesthésiologiste, les soins postopératoires, etc.

### **Importance de l'évaluation de la qualité des services**

Bien que ce travail fait état de l'amélioration de la qualité des services anesthésiques, il est essentiel de comprendre que l'évaluation de la qualité des services peut s'appliquer à toutes les disciplines médicales sans exceptions. Par exemple, la clientèle et les intervenants de secteurs tels que la chirurgie et les soins d'urgence bénéficieraient grandement de l'amélioration de leurs services. L'idée n'est pas de cibler les intervenants fautifs de ces secteurs mais plutôt l'ensemble des services et la coordination des services offerts par ces intervenants. L'amélioration continue de la qualité des services médicaux est une composante essentielle pour assurer des services adéquats et adaptés aux besoins de la clientèle. Si un intervenant ne reçoit jamais de commentaires rétroactifs sur les services qu'il prodigue comment peut-il procéder pour améliorer sa pratique et répondre plus efficacement aux besoins de sa clientèle? Bien sûr, il y a des évidences cliniques qui vont lui donner de l'information sur le champ (patient qui développe une complication majeure) mais en général, très peu de médecins obtiennent des informations sur les conséquences positives ou négatives de leurs actes, que ce soit en milieu hospitalier ou en cabinet privé. Souvent les questionnaires utilisés par les centres hospitaliers pour mesurer la qualité des services englobent plusieurs secteurs et ceux concernés par les soins médicaux sont peu représentés en terme du nombre de questions allouées parmi la masse de questions couvrant plusieurs secteurs tels que l'accueil, les soins infirmiers, les services d'hôtellerie, etc. Cette façon de faire procure une image

générale de la qualité des services mais n'a pas une portée assez convainquante pour influencer un département médical concerné à effectuer des modifications de sa pratique ou des soins offerts. Un questionnaire valide possédant un contenu spécifique et développé à partir de la clientèle desservie par un groupe d'intervenants, et associé à une méthode rigoureuse, recevra probablement une considération plus sérieuse et produira, on l'espère, des modifications de la pratique dans le but d'offrir de meilleurs services. L'évaluation de la qualité n'a pas de finalité. Il y aura toujours place pour l'amélioration de la qualité des services médicaux quels qu'ils soient. N'est-ce pas là un des buts ultimes de la profession médicale?



## **Bibliographie**

Abramovitz, S., Cote, A., Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction : a multi-analytic approach. Quality Review Bulletin, 13, 122-30.

Akinsaya, J., Cox, G., Crouch, C., Fletcher, L. (1991). The Roy Adaptation : Model in action. London, UK : The Macmillan Press Ltd.

Anastasi, A. (1982). Psychological testing (5<sup>th</sup> edition). New-York : Macmillan.

Berwick, D.M. (1989). Continuous improvement as an ideal in health care. New England Journal of Medicine, 320, 53-6.

Berwick, D.M. (1995). Continuous improvement as an ideal in health care. In N.O. Graham (Ed.), Quality in health care : Theory, Application and Evolution (pp. 64-71). Gaithersburg, Maryland : Aspen Publication.

Bibeau, L. (1998). Prevalence and associations of body image disorder, perfectionism and suicidal ideation in a student population. Unpublished doctoral thesis in psychology, Université du Québec à Montréal.

Bierstein, K. (1996). Consumer satisfaction in anesthesiology practice. American Society of Anesthesiologists Newsletter, 60, 26-9.

Blumenthal, D. (1996). Part I : Quality of care. What is it? New England Journal of Medicine, 335(12), 891-4.

Brown, D.L., Warner, M.E., Schroeder, D., Offord, K. (1997). Effect on intraoperative anesthetic events on postoperative patient satisfaction. Mayo Clinics Proceedings, 72, 20-5.

Brunelle, Y. (1993). La qualité des soins et des services : un cadre conceptuel. Québec : Ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Burrow, B. (1982). The patient's view of anaesthesia in an Australian teaching hospital. Anaesthesia & Intensive Care, 10, 20-4.

Calnan, M. (1988). Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. Social Science & Medicine, 27(9), 927-33.

Carr-Hill, R.A. (1992). The measurement of patient satisfaction. Journal of Public Health & Medicine, 14, 236-49.

Cassell, J. (1987). On control, certitude, and the « paranoia » of surgeons. Culture, Medicine and Psychiatry, 11, 229-49.

Cleary, P.D., McNeil, B.J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality of care. Inquiry, 25, 25-36.

Cloutier, J. (1993). La désirabilité sociale chez les agresseurs sexuels. Mémoire de maîtrise inédit en psychologie. Faculté des Arts et Sciences, Université de Montréal.

Cohen, M.M., Duncan, P.G., Pope, W.D.B., Wolkenstein, C. (1986). A survey of 112 000 anaesthetics at one teaching hospital (1975-1983). Canadian Anaesthetists Society Journal, 33, 22-31.

Cohen, M.M., Duncan, P.G., Pope, W.D.B., Wolkenstein, C. (1992). The Canadian four-centre study of anaesthetic outcomes : II. Can outcomes be used to assess the quality of anaesthesia care? Canadian Journal of Anaesthesia, 39, 430-9.

Collège des Médecins du Québec. (2000). Rapports annuels de 1995 à 2000. Montréal : CMQ.

Cook, D. Systematic reviews : the case for rigorous methods and rigorous reporting. Canadian Journal of Anesthesia, 44, 350-3.

Corin, E. (1987). Les dimensions sociales et psychiques de la santé : outils méthodologiques et perspectives d'analyse. Commission d'enquête sur les Services de Santé et les Services sociaux, synthèse critique # 10. Québec : Les publications du Québec.

Crocker, L., Algina, J. (1986). Introduction to classical & modern test theory. Montréal : Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.

Deeming, W.E. (1991). Hors de la crise. Paris : Economica.

DeVellis, R.F. (1991). Scale development : Theory and applications. London, UK : Sage Publications.

Dexter F., Aker J., Wright J. (1997). Development of a measure of patient satisfaction with monitored anesthesia care. Anesthesiology, 87, 865-73.

Doods, C.P., Harding, M.I., More, D. (1985). Anaesthesia in an Australian private hospital : the consumer's view. Anaesthesia & Intensive Care, 13, 325-9.

Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI : Health Administration Press.

Donabedian, A. (1988). The quality of care : How can it be assessed? Journal of the American Medical Association, 260, 1743-48.

Dull, D.L., Scamman, F.L., Oltz, L. & Tinker, J.H. (1990). Long term follow up for identification of anesthetic complications. Anesthesia & Analgesia, 70, 591.

Duncan, P.G. (1993). A job well done! Canadian Journal of Anesthesia, 40, 813-15.

Eagle, C.J., Davies, J.M. (1993). Current models of quality – An introduction for anaesthetists. Canadian Journal of Anaesthesia, 40, 851-62.

Eagle, C.J., Davies, J.M., Pagenkopf, D. (1994). The cost of an established quality assurance programme : Is it worth it? Canadian Journal of Anaesthesia, 41, 813-7.

Edwards, A.L. (1957). The social desirability variable in personality assessments and research. New York : Dryden.

Elbeck, M. (1987). An approach to client satisfaction measurement as an attribute of health service quality. Health Care Management Review, 12(3), 47-52.

Epstein, K.R., Laine, C., Faber, N.J., Nelson, E.C., Davidoff, F. (1996). Patients' perceptions of office medical practice : Judging quality through the patients' eyes. American Journal of Medical Quality, 11, 73-80.

Fitzpatrick, R. (1990). Measurement of patient satisfaction. In A. Hopkins & D. Costain (Eds.), Measuring the outcomes of medical care. London, England : The Royal College of Physicians of London.

Fleisher, L.A., Mark, L., Lam, J. et al. (1999). Disseminating information using an anesthesiology consultant report : Impact on patient perceptions of quality of care. Journal of Clinical Anesthesia, 11, 380-5.

Fung, D., Cohen, M.M. (1998). Measuring patient satisfaction with anesthesia care : A review of current methodology. Anesthesia & Analgesia, 87, 1089-98.

Goldstone, J. (1998). The role of quality assurance versus continuous quality improvement. Journal of Vascular Surgery, 28, 378-80.

Golin, A.K., Ducanis, A.J. (1981). The interdisciplinary team. Rockville, Maryland : Aspen Publication.

Graham, N. (1995). Quality in health care : Theory, Application and Evolution. Gaithersburg, MD : Aspen Publication.

Grenier, R. (1998). La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients. Journal de Réadaptation Médicale, 18(3), 87-90.

Gross, J.J., John, O.P. (1998). Mapping the domain of expressivity : Multimethod evidence for a hierarchical model. Journal of Personality and Social Psychology, 74, 170-191.

Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1995, Mai). La qualité des services de santé : propriété universelle ou perception individuelle? Colloque du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Université de Montréal, Montréal, Québec.

Harding, J. (1981). The pharmaceutical industry as a public-health hazard and as an institution of social control. In D. Coburn (Ed.), Health and Canadian Society : sociological perspectives (pp. 274-91). Fitzhenry & Whiteside Limited (Canada).

Hays, R.D., Ware, J.E. (1986). My medical care is better than yours : Social desirability and patient satisfaction ratings. Medical Care, 24(6), 519-524.

Iezzoni, L.I. (1994). Risk adjustment for measuring health care outcomes. Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press.

Ifeld, R.W. (1976). Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population. Psychological Reports, 39, 1215-1228.

Jackson, D.N. (1984). Personality Research Form manual. Port Huron, MI : Research Psychologists Press.

Kandrack, M.A., Grant, K.R., Segall, A. (1991). Gender differences in health related behaviour : Some unanswered questions. Social Science & Medicine, 32, 579-90.

Kassirer, J.P. (1993). The quality of care and the quality of measuring it. New England Journal of Medicine, 329, 1263-5.

Keep, P., Jenkins J. (1978). From the other end of the needle : the patient's experience of routine anaesthesia. Anaesthesia, 33, 830-2.

Kopp, V.J., Shaffer, A. (2000). Anesthesiologists and perioperative communication. Anesthesiology, 93(2), 548-55.

Kring, A.M., Gordon, A.H. (1998). Sex differences in emotion : Expression, experience, and physiology. Journal of Personality and Social Psychology, 74, 686-703.

Kupperwasser, B. (1996). Évaluation de la qualité des soins en anesthésie. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 15, 57-70.

Hardy, J.F., Pelletier, M. (1996). La qualité en anesthésie : un modèle intégré et constructif. Canadian Journal of Anesthesia, 43, R75-R88.

Hug, C.C. (2000). Rovenstine Lecture. Patient values, Hippocrates, science, and technology : What we (physicians) can do versus what we should do for the patient. Anesthesiology, 93, 556-64.

Lagasse, R.S., Steinberg, E.S., Katz, R.I., Saubermann, A.J. (1995). Defining quality of perioperative care by statistical process control of adverse outcomes. Anesthesiology, 82, 1181-8.

Lee, A., Lum, M.E. (1996). Measuring anaesthetic outcomes. Anaesthesia & Intensive Care, 24, 685-93.

Le May, S., Hardy, J.F. Taillefer, M.C., Dupuis G. (1999). Measurement of patient satisfaction. (Correspondence). Anesthesia & Analgesia, 89, 255.

Le May, S., Hardy, J.F. Taillefer, M.C. Dupuis, G. (2000). Inappropriate methods for patient satisfaction. (Correspondence). British Journal of Anaesthesia, 84, 821.

Le May, S., Hardy, J.F. Taillefer, M.C., Dupuis G. (2001). Patient satisfaction with anesthesia services. Paper accepted for publication in the Canadian Journal of Anesthesia, 48(2), sous presse.

Lester, G.W., Smith, S.G. (1993). Listening and talking to patients : A remedy for malpractice suits? Western Journal of Medicine, 158, 268-72.

Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. Social Science & Medicine, 16, 577-82.

Linder-Pelz, S. & Struening, E.L. (1985). The multidimensionality of patient satisfaction with a clinic visit. Journal of Community Health, 10(1), 42-54.

Lips, H.M. (1997). Sex and gender : An introduction. Mountain View, CA : Mayfield.

Locker, D., Dunt, D. (1978). Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Social Science & Medicine, 12, 283-92.

Lohr, K.N., Donaldson, M.S. & Walker, A.J. (1991). Medicare : A strategy for quality assurance, III : Beneficiary and physician focus groups. Quality Review Bulletin, 17, 242-53.

Lohr, K.N., Yordy, K.D. & Thier, S.O. (1988). Current issues in quality of care. Health Affairs, 7(1), 5-18.

Macario, A., Weinger, M., Carney, S., Kim, A. (1999). Which clinical anesthesia outcomes are important to avoid? The perspective of patients. Anesthesia & Analgesia, 89, 652-8.

Marsh, G.W. (1997). Measuring patient satisfaction outcomes across provider disciplines, Journal of Nursing Measurement, 7(1), 47-62.

McPeck, B., Gasko, M. & Mosteller, F. (1986). Measuring outcome from anesthesia and operation. Theoretical Surgery, 1, 2-9.

MSSS (2000). Évaluer pour s'améliorer. Colloque sur l'amélioration continue de la qualité des services et la satisfaction des usagers. Montréal, 15 & 16 mai 2000 : Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre.

Myles, P.S., Williams, D.L., Hendrata M., Anderson H., Weeks, A.M. (2000). Patient satisfaction after anaesthesia and surgery : results of a prospective survey of 10 811 patients. British Journal of Anaesthesia, 84, 6-10.

Nathanson, C.A. (1975). Illness and the feminine role : A theoretical review. Social Science & Medicine, 9, 57-62.

Nunnally, J.C., Bernstein, I.H. (1994). Psychometric theory, 3<sup>rd</sup> ed. Montréal : McGraw Hill Inc.

Omachonu, V.K. (1990). Quality of care and the patient : New criteria for evaluation. Health Care Management Review, 15, 43-50.

Palmer, H.R.. (1991). Considerations in defining quality of care. In R. H. Palmer (Ed.), Striving for quality in health care : An inquiry into policy and practice (pp. 1-59). Ann Arbor : Health Administration Press.

Palmer, H.R., Donabedian, A. & Povar, G.J. (1991). Striving for quality in health care : An inquiry into policy and practice. Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press.

Penon, C., Ecoffey, C. (1995) Evaluation par les patients de la qualité de la prise en charge anesthésique. Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation, 14, 374-5.

Pestey, M.E. (1992). Patient satisfaction with anesthesia services delivered in the cost containment atmosphere of healthcare today. Unpublished master thesis. New Haven, Connecticut : Southern Connecticut State University.

Powers, J. (1999). A sedation protocol for preventing patient self-extubation. Dimensions of Critical Care Nursing, 18(2), 30-34.

Prebble, L.M., Perlstein, L., Datsoff-Seidman, L., O'Connor, T.Z., & Barash, P.G. (1993). The patient care evaluation system : Patients' perceptions of anesthetic care. Connecticut Medicine, 57, 363-6.

Risser, N. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. Nursing Research, 24(1), 33-48.

Ross, N. (1991) Issues & recommendations from the proceedings of the National Workshop on patient care outcomes measures – « It's time to do it ». Toronto : Mount Sinai Hospital.

Ross, C.K., Steward, C.A. & Sinacore, J.M. (1995). A comparative study of seven measures of patient satisfaction. Medical Care, 33(4), 392-406.

Rubin, H.R. (1989). Patient evaluations of hospital care : A review of the literature. Medical Care, 28(9), S1-S9.

SEQUS (1995). Université de Montréal.

Shevde, K., Panagopoulos, G. (1991). A survey of 800 patients' knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia. Anesthesia & Analgesia, 73, 190-8.

Sira, Z.B. (1980). Affective and instrumental components in the physician-patient relationship. Journal of Health and Social Behavior, 21, 170-80.

Sisk, J.E., Dougherty, D.M., Ehrenhaft, P.M., Ruby, G., Mitchener, B.A. (1990). Assessing information consumers on the quality of medical care. Inquiry, 27, 263-72.

Strahan, R., Gerbasi, K.C. (1972). Short homogenous versions of the Marlow-Crowne social desirability scale. Journal of Clinical Psychology, 28, 191-3.

Strasser, S., Davis, R.M. (1991). Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press.



Streiner, D.L., Norman, G.R. (1995). Health measurement scales : A practical guide to their development and use. New York, NY : Oxford Medical Publications.

Thorwald, J. (1957). Le siècle de la chirurgie. Paris : Presses de la Cité.

Tiret, L., Desmots, J.M., Hatton, F. & Vourch, G. (1986). Complications associated with anaesthesia – A prospective survey in France. Canadian Anaesthetic Society Journal, 33(3), 336-44.

Tong, D., Chung, F., Wong, D. (1997). Predictive factors in global and anesthesia satisfaction in ambulatory surgery patients. Anesthesiology, 87, 856-64.

Twemlow, S.W., Bradshaw, S.L., Coyne, L., & Lerma, B.H. (1995). Some interpersonal and attitudinal factors characterizing patients satisfied with medical care. Psychological Reports, 77, 51-9.

Vitez, T.S. (1990). A model for quality assurance in anesthesiology. Journal of Clinical Anesthesia, 2, 280-87.

Vitez, T.S., Macario, A. (1998). Setting performance standards for an anesthesia department. Journal of Clinical Psychology, 10, 1966-75.

Vuori, H. (1987, March). Patient satisfaction – An attribute or indicator of the quality of care? Quality Review Bulletin, 3, 106-8.

Ware, J.E., Davies, A.R. (1983). Behavioral consequences of consumer dissatisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning, 6, 291-7.

Wenzel, R.P. (1992). Assessing quality in health care. Baltimore, MD : Williams & Wilkins.

Webber, A. (1998). History and mission of quality assurance in the public sector. In E.F.X. Hugues (Ed.), Perspectives on quality in american health care (Chapter 5). Washington, D.C. : McGraw-Hill.

Whitty, P.M., Shaw, I.H., Goodwin, D.R. (1996). Patient satisfaction with general anaesthesia. Anaesthesia, 51, 327-32.

Williams, B. (1994). Patient satisfaction : A valid concept? Social Science & Medicine, 38, 509-16.

Williams, M.A. (1989). Instrument development : Always unfinished. Research in Nursing & Health, 12, iii-iv.

Zeithaml, V.A., Parasuraman, A. & Berry, L.L. (1990). Delivering quality service : Balancing customer perceptions and expectations. New York : The Free Press.

Zvara, D.A., Nelson, J.M., Brooker, R.F. et al. (1996). The importance of the postoperative anesthetic visit : Do repeated visits improve patient satisfaction or physician recognition? Anesthesia & Analgesia, 83, 793-7.

## **Appendice A**

**Commentaires des patients à la question 13 de l'EPPAC concernant  
l'amélioration de la qualité des services**

**Numéro****Commentaires des patients**

- 1 **T-1** : Excellent service, très gâtée. Peut pas demander plus. Très satisfaite. **T-2** : Depuis 1973 une énorme amélioration. C'est une affaire de rien de se faire opérer pour le cœur; avec mes 3 opérations que j'ai eu je peux en parler avec expérience!!!
- 2 **T-1** : La couleur grise de la salle de réveil (soins intensifs) l'a déprimé pour plusieurs jours. Ça lui donnait l'impression d'un atelier de garage. L'odeur des médicaments lui donnait des nausées (Ces éléments ont ralenti sa convalescence). A trouvé que l'anesthésiste était un peu trop pressé, trop bref lorsqu'il l'a rencontré. Aurait aimé avoir rencontre avec anesthésiste et autres patients pour générer des questions en groupe. **T-2** : J'ai senti le tube qui sortait un peu trop rapidement de la gorge. Cela m'a réveillée à cause de l'irritation et de la douleur.
- 3 **T-1** : Satisfait, sauf pour le tube dans la gorge qu'il a dû endurer 1½ hr et qui l'irritait beaucoup. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 4 **T-1** : Aurait aimé rencontrer l'anesthésiste et le chirurgien avant l'opération. **T-2** : More information on after effects after leaving the hospital.
- 5 **T-1** : Chirurgien trop froid, indifférent, approche glaciale. A provoqué un manque de confiance chez le patient. Aurait aimé changer de chirurgien. Souffrance reliée au tube dans la gorge (très inconfortable). **T-2** : Aucun commentaire.
- 6 **T-1** : Un peu inquiet à cause des grèves, mais en général très bien soigné. A apprécié la visite quotidienne du chirurgien. **T-2** : Je suis satisfait. Je crois que tous et chacun ont fait leur grand possible pour moi.
- 7 **T-1** : Bons soins, personnel bien dévoué. Cependant beaucoup de cauchemars et souvenirs très désagréables du tube dans la gorge au réveil. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 8 **T-1** : Très bons soins, sauf pour le tube dans la gorge qui était désagréable. **T-2** : Aucun commentaire.

- 9 **T-1** : Très bons services. **T-2** : Je n'ai aucun commentaire à part que tout a été pour moi à la grande perfection. Je remercie tout le monde qui se sont occupé de moi car j'ai eu de très bons soins.
- 10 **T-1** : Très belle qualité des services. Souvenir douloureux du tube dans la gorge qui l'a fait souffrir. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 11 **T-1** : Très bien traitée, très bons soins. **T-2** : Pour moi tout a été parfait.
- 12 **T-1** : Les cauchemars l'ont perturbé beaucoup après l'opération. J'aurais aimé ne pas me souvenir d'être entré dans la salle d'opération. La voix monocorde d'une infirmière qui orientait une autre infirmière aux soins intensifs l'a beaucoup dérangé. Le patient avait froid aux soins intensifs. De plus, il prétend avoir été levé trop rapidement et l'infirmière a enlevé les couvertures trop rapidement. Elles ne respectaient pas le rythme du patient. **T-2** : Excellent en général, mais trop de bruit après l'opération dans la salle des soins intensifs.
- 13 **T-1** : Très bons services mais cependant j'aurais aimé ne pas sentir le tube dans la gorge à mon réveil et j'aurais préféré être endormit à mon arrivée à la salle d'opération. **T-2** : Aucun commentaire.
- 14 **T-1** : Beaucoup trop de bruits aux soins intensifs. A eu beaucoup de douleurs sans obtenir un soulagement efficace de celle-ci. Les cauchemars des premiers jours l'ont rendu anxieux. **T-2** : A part le fait que je ne me souviens que très peu d'avoir rencontré l'anesthésiologiste, je peux dire que j'en suis très satisfait ainsi que du Dr Carrier qui m'a opéré. Je garde un très bon souvenir du personnel de l'ICM. Merci beaucoup!
- 15 **T-1** : Très correct, sauf qu'il a eu de la difficulté à tolérer le tube dans la gorge. C'était très douloureux. **T-2** : L'anesthésiste m'a très bien informé avant l'opération. Mon chirurgien a été excellent avant l'opération et ses visites ont été très appréciées après l'opération.
- 16 **T-1** : Aucun commentaire. **T-2** : J'aurais aimé vous offrir plus de commentaires mais je ne me rappelle de rien. Je ne sais même pas quand on m'a endormi et je n'ai pas eu connaissance de rien après l'opération. J'aurais aimé rencontrer le chirurgien qui m'a opérée mais je ne l'ai pas vu seulement son assistant.

- 17 **T-1** : Aucun commentaire, parfait sur toute la ligne. **T-2** : J'ai trouvé que les soins reçus sont très bons. Cependant, j'aurais apprécié que l'anesthésiste prenne un peu plus de temps pour m'écouter avant l'opération. J'ai eu plusieurs cauchemars après l'opération.
- 18 **T-1** : Très satisfait, anesthésiste très calme, a répondu à toutes ses questions. Le tube dans la gorge était très pénible. Je n'ai pas aimé l'acharnement de l'infirmière des soins intensifs. Elle était brusque. Quand ce fut le temps de transférer elle n'avait pas complété ses notes et j'ai dû attendre très longtemps assis sur la chaise roulante avant de pouvoir être transféré avec tout mes tubes et mon soluté. **T-2** : A part le tube, pour ce qui est de l'anesthésie je n'ai rien à ajouter. Pour ce qui est de la chirurgie ça c'est très bien passé jusqu'au départ. J'ai eu une petite complication. J'ai commencé à faire de l'arythmie et le chirurgien a comme perdu patience parce que je ne quittais pas la chambre une journée plus tôt. De l'homme humain qu'il était, il est devenu arrogant.
- 19 **T-1** : Les services anesthésiques sont corrects, très satisfaisants. Cependant, l'infirmière qui s'occupait de moi était bête. **T-2** : Je n'ai rien à ajouter concernant l'anesthésie ni sur la chirurgie puisque tout s'est très bien passé sans problème. Le seul problème c'est la période postopératoire après une opération à cœur ouvert. J'ai eu peur de mourir quand le curé est passé pour me donner l'extrême onction (erreur sur la personne)!
- 20 **T-2** : Aucun commentaire. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 21 **T-1** : Très bon suivi, très bons services. Avait l'impression d'être à l'hôtel. Très bons services même aux soins intensifs, présence rassurante. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 22 **T-1** : Assez bons contacts avec les anesthésistes. Ils nous informent bien. **T-2** : Je n'ai que des commentaires positifs car j'ai trouvé le personnel très humain, chaleureux. Ils ont tout fait pour me mettre en confiance. Le seul point négatif c'est que j'ai beaucoup souffert lorsque le médecin m'a installé 3 drains dans les poumons (re : poche d'air entre les poumons et les côtes).
- 23 **T-1** : A eu plusieurs hallucinations après la chirurgie. Elle est satisfaite des soins qu'elle a reçus. **T-2** : Questionnaire non retourné.

- 24 **T-1** : Aucun commentaire à part les cauchemars horribles pendant les 3 premiers jours après l'opération. **T-2** : Aucun commentaire d'inscrit.
- 25 **T-1** : Tube dans la gorge très douloureux et pénible. N'est pas d'accord avec le protocole sur l'administration obligatoire de la pré-médication. Il ne voulait pas la recevoir et on lui a donné quand même. C'est un patient souffrant d'insuffisance rénale et on lui demandait un échantillon d'urine. Très bons services du personnel médical. Il considère ridicule de réveiller les patients à toutes les 4 heures pour prendre la T.A. Ça l'a empêché de dormir et de récupérer de l'opération. **T-2** : J'ai trouvé très mais très désagréable de me réveiller avec des tubes dans les 2 narines, la gorge et l'estomac dont un immense. Si ces tubes pouvaient être enlevés lorsque le patient dort, il serait beaucoup moins souffrant lors de son réveil. A mon avis, ce fût la période la plus douloureuse surtout lorsqu'on a retiré le tube dans la gorge. Je l'ai senti passé et je devais tousser pour l'aider à passer. Pas évident après la chirurgie.
- 26 **T1** : Je n'ai pas eu le temps de rencontrer l'anesthésiste car j'ai été transférée de HMR d'urgence et je ne me souviens plus ce qui s'est passé par la suite. **T-2** : J'ai été opérée d'urgence donc je n'ai pas reçue d'explications concernant l'anesthésie avant mon opération. Selon moi, la médication pré-opératoire a été très efficace car je ne me souviens pas vraiment de grand chose. Tout s'est très bien déroulé.
- 27 **T-1** : Aurait préféré être semi-consciente à son arrivée à la S.O. Service excellent, bonne qualité des soins médicaux et infirmiers. A considéré réconfortant d'avoir une infirmière au chevet aux soins intensifs. **T-2** : A eu très peur de mourir et le tube dans la gorge l'a fait souffrir.
- 28 **T-1** : Je me suis sentie bousculer par l'anesthésiste. Il était trop expéditif et ne me laissait pas le temps de m'exprimer et de poser des questions. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 29 **T-1** : En ce qui concerne les services anesthésiques je suis très satisfait. Cependant, j'aurais apprécié ne pas sentir le tube dans la gorge à mon réveil ainsi que d'être inconscient à la salle d'opération avant ma chirurgie. Cela m'a beaucoup stressé de voir la table, les appareils et autres. Certains point m'ont particulièrement irrité : le bruit des infirmières au poste (rire bruyant), le fait d'avoir été réveillé 3 fois durant la nuit précédant mon opération juste pour m'examiner et le 3<sup>e</sup> jour on a arraché

- lentement mon pansement (procédure très douloureuse). **T-2** : Je me suis réveillé à 7hres et rendormi. Quand je me suis réveillé de nouveau vers 8h30 je me suis étouffé avec le tube dans la gorge et j'ai pensé mourir mais quelqu'un me l'a enlevé rapidement et j'ai pu respirer.
- 30 **T-1** : Aucun commentaire. Satisfait des soins reçus. **T-2** : Aucun commentaire.
- 31 **T-1** : Très satisfaite des soins reçus. Aurait apprécié ne pas avoir de tube dans la gorge à son réveil. Ce fût très douloureux et elle avait de la difficulté à respirer. **T-2** : Aucun commentaire.
- 32 **T-1** : Satisfaits des soins médicaux anesthésiques. Considère que la qualité des soins infirmiers est très variable d'une infirmière à l'autre. La compétence est variée et il n'y a pas de continuité dans les soins. **T-2** : A très apprécié que l'anesthésiste retourne le voir après la chirurgie.
- 33 **T-1** : Il aurait aimé que l'anesthésiste lui donne plus d'informations sur les conséquences et symptômes postopératoires car il a eu des hallucinations pendant 2 jours et il pensait que ça ne s'arrêterait jamais. Aurait préféré ne pas être conscient avant d'entrer dans la salle d'opération. Le tube dans la gorge a été une expérience très désagréable. **T-2** : Aucun commentaire.
- 34 **T-1** : Satisfaits des services anesthésiques. **T-2** : Je suis satisfait ont m'a bien traité.
- 35 **T-1** : Satisfait des services anesthésiques. Aurait aimé avoir une infirmière à son chevet. N'a pas apprécié que l'infirmière ait plus qu'un patient. **T-2** : En ce qui me concerne, j'ai été des plus satisfait de l'anesthésie et de la chirurgie autant qu'à ma première opération du genre il y a six ans.
- 36 **T-1** : Satisfaits des services anesthésiques mais aurait apprécié être somnolent avant d'entrer dans la salle d'opération. Considère qu'il n'y a pas de continuité dans les soins infirmiers. Cela l'aurait rassuré d'avoir la même infirmière à chaque quart. **T-2** : Tout s'est fait avec célérité! Lorsqu'on m'a amené à la S.O. je n'ai pas eu à attendre encore et tout s'est déroulé rapidement. Je félicite l'anesthésiste et le chirurgien ainsi que tout le personnel présent dans la salle d'opération. Salle de réveil : je n'ai pas eu connaissance de l'enlèvement du tube de la bouche et des autres tubes.



- 37 **T-1** : Services anesthésiques excellents. C'est la nourriture qui est médiocre. **T-2** : Très bons services mais aurait préféré ne pas ressentir le tube dans la gorge.
- 38 **T-1** : Satisfaits des services. On s'est très bien occupé de moi. A eu de la difficulté à tolérer le tube dans la gorge et a fait plusieurs cauchemars (délires) après la chirurgie. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 39 **T-1** : Soulagement trop court de la douleurs. Aurait apprécié une meilleure analgésie soit plus continue. N'a pas apprécié être conscient avant d'entrer à la salle d'opération ni le tube dans la gorge après l'opération. **T-2** : Très satisfait sauf pour le tube dans la gorge.
- 40 **T-1** : Très bien traité, très bons services. Cependant a eu plusieurs cauchemars après l'opération. N'a pas apprécié être conscient avant d'entrer à la salle d'opération. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 41 **T-1** : Un peu stressée avant la chirurgie d'avoir été consciente dans la salle d'opération. J'aurais préféré être endormie avant d'entrer dans la salle. **T-2** : Beaucoup de services, très contente.
- 42 **T-1** : Aurait aimé que le chirurgien et l'anesthésiste (pas les résidents) viennent lui parler, se présenter avant et après l'opération. **T-2** : Aucun commentaire relié aux services anesthésiques.
- 43 **T-1** : N'a pas rencontré l'anesthésiste et elle se sent trop perdu pour réaliser ce qui vient de se passer. Elle est incapable de porter un jugement sur la qualité (opérée en sauvetage). **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 44 **T-1** : A été très bien informé et préparé par l'anesthésiste concernant son anesthésie. Quelque peu incommodé par son tube dans la gorge. Cependant , il a vécu une expérience difficile : son voisin de chambre (semi-privée) a eu un arrêt cardiaque. Le personnel ne l'a pas changé de chambre ou amener ailleurs. Ils ont seulement fermer le rideau, tasser son lit car ils étaient à peu près 10 personnes dans la chambre (de plus, le défibrillateur ne fonctionnait pas bien). Ils n'ont pas tenu compte de lui, ce fût une expérience très désagréable et stressante. Le patient pleurait lors de l'événement et il avait encore beaucoup de peine lors de l'entrevue. **T-2** : J'ai été très satisfaits des résultats de l'anesthésie

et de la chirurgie. Ces spécialistes de la santé sont très professionnels.

- 45 **T-1** : Très satisfaits des services anesthésiques reçus. **T-2** : Pour moi, ça n'a pas été une mauvaise expérience car je n'ai pas eu connaissance de rien. J'ai repris conscience le lendemain de l'opération à la salle des soins intensifs.
- 46 **T-1** : Satisfait des services anesthésiques. Déploie la qualité du café. Beaucoup de gaspillage côté nourriture, déjeuner trop copieux. **T-2** : Tout a été parfait, je n'ai eu aucune connaissance.
- 47 **T-1** : Satisfaite des services reçus par les médecins et les infirmières. Aurait aimé pouvoir rencontrer l'anesthésiste avant l'opération. A eu beaucoup de difficultés à endurer le tube dans la gorge après la chirurgie. Beaucoup de cauchemars après la chirurgie. **T-2** : It is very important for the patient to be visited by the anesthesiologist before and after the operation and not by their assistant (resident).
- 48 **T-1** : Admirablement surpris de la qualité des services médicaux. **T-2** : J'ai trouvé fantastique de ne pas avoir plus de sécrétions restées dans l'estomac suite au retrait des tubes.
- 49 **T-1** : Très satisfaits dans l'ensemble, cependant son tube dans la gorge l'a fait bien souffrir et il ne voudrait pas revivre les nombreux cauchemars des premiers jours. La nourriture est de pauvre qualité. **T-2** : J'ai été très bien soigné et traité par le personnel médical.
- 50 **T-1** : Service superbe des médecins et des infirmières mais très incommodé par le tube dans sa gorge à son réveil. Aurait préféré se le faire enlever avant son réveil. **T-2** : Aucun commentaire.
- 51 **T-1** : Déçu d'avoir été conscient de la salle d'opération. Il ne voulait pas. Tube (gorge) très désagréable. Pas assez de discrétion lors des visites médicales. Pas assez d'intimité. Chirurgien trop froid, distant. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 52 **T-1** : Très satisfaits des services anesthésiques. Communication déficiente entre chaque quart infirmier. Pas de continuité dans les soins. Levine arraché aux soins intensifs car quelqu'un l'a attaché après l'oreiller. **T-2** : Insatisfait du personnel infirmier, manque de compétence et d'expertise pour travailler aux soins intensifs.

- 53 **T-1** : Tube dans la gorge très désagréable et très souffrant. A dû attendre 3 heures avant qu'on lui enlève. Épouvantable! Laisser les pontés ensemble. Placer les patients pré-opératoire ensemble et non avec les postopératoires. Personnel infirmier compétent. Nourriture exécrable. **T-2** : Aucun commentaire.
- 54 **T-1** : Très satisfaits des services anesthésiques reçus. **T-2** : Aucun commentaire.
- 55 **T-1** : Très satisfait des services anesthésiques reçus. **T-2** : Aucun commentaire.
- 56 **T-1** : Très satisfaite, bon suivi des patients. **T-2** : J'ai été très satisfaite de mon expérience de l'anesthésie et de la chirurgie.
- 57 **T-1** : Très bons services médicaux et infirmiers. Incommodé par son tube dans la gorge à son réveil. Ça l'étouffait et il avait hâte de se le faire enlever. **T-2** : J'ai été très satisfait des soins avant et après l'opération.
- 58 **T-1** : Nourriture peu variée et peu appétissante. Nécessite la famille pour se nourrir. **T-2** : Très satisfait de l'anesthésie et de la chirurgie.
- 59 **T-1** : Très bons services. Nourriture est horrible. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 60 **T-1** : Satisfait des services anesthésiques. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 61 **T-1** : Mauvaise évaluation de la douleur après l'opération. Les infirmières ne devraient pas attendre avant d'administrer les analgésiques après l'opération car c'est très douloureux. **T-2** : Après l'opération il fallait que je tousse pour éliminer mes sécrétions sur les poumons. L'infirmière aurait dû me donner un analgésique avant de me demander de tousser.
- 62 **T-1** : Très satisfaite. **T-2** : J'ai été satisfaite en tout et partout
- 63 **T-1** : Délai d'attente très long et pénible (4 mois) entre la décision d'opérer et l'opération. Très déçu par la gestion de la douleur. L'infirmière a refusé de lui donner un médicament contre la douleur. Elle lui répondait que ce n'était pas possible qu'il ait de la douleur. Pourtant le patient lui mentionnait qu'il avait des spasmes. **T-2** : Satisfait, sauf pour la gestion de la douleur

- 64 **T-1** : Très bons soins médicaux et infirmiers. Mauvaise qualité du matelas et de la nourriture. **T-2** : Quand je me suis réveillé après l'opération et que j'ai vu le bout de mon doigt rouge et le personnel autour de moi était pour la plupart des personnes de couleur noire, je me pensais au Honduras ou si vous aimez mieux «dans un hôpital de brousse» et je crois que c'est à partir de ce moment-là que je ne voulais pas dormir pour surveiller ce que le personnel me ferait... P.S. Je ne déteste pas les noirs!
- 65 **T-1** : Plus de continuité dans les soins surtout au niveau de l'information suite à un examen ou des tests. On n'a pas de réponse sur les résultats. Tube dans la gorge très pénible à supporter après l'opération. **T-2** : Aucun commentaire supplémentaire.
- 66 **T-1** : Très bons services. **T-2** : Questionnaire non retourné
- 67 **T-1** : Trop longtemps sur la liste d'attente (7 mois). Période très difficile. Tube dans la gorge difficile à tolérer et douloureux. **T-2** : Le chirurgien pourrait peut-être fournir un peu plus d'explication sur la façon que l'opération a été effectuée.
- 68 **T-1** : Aucun commentaire. **T-2** : Tout a été parfait pour moi.
- 69 **T-1** : Aucun commentaire supplémentaire à part que la nourriture est exécrable. **T-2** : Aucun commentaire.
- 70 **T-1** : Très bons soins. **T-2** : Questionnaire non retourné
- 71 **T-1** : Personnel formidable, beaucoup d'attentions portées aux patients. **T-2** : Satisfait de l'attention accordée aux patients.
- 72 **T-1** : Très bons soins, aucun commentaire additionnel. **T-2** : J'ai été très bien entourée avant et après l'opération. L'assistant de mon chirurgien passait à tous les jours pour me rassurer.
- 73 **T-1** : Très bons services de la part de tout le personnel. **T-2** : Diminution de mon appétit.
- 74 **T-1** : Satisfaite des services reçus mais aurait aimé ne pas être consciente de la salle d'opération. A souffert d'hallucinations. **T-2** : Mon expérience de l'Institut a été très positive. Anesthésie complète et chirurgie réussie. Personnel très compréhensif. J'ai fait confiance à l'équipe.

- 75 **T-1** : Très bons services en général mais la nourriture n'est pas mangeable. **T-2** : Étant donné que j'étais à l'ICM pour une dilatation et qu'ils ont dû m'opérer d'urgence pour 4 pontages, j'aurais aimé après l'opération avoir des explications sur l'anesthésie et sur les raisons exactes de cette opération d'urgence. J'ai été très satisfait du personnel durant mon séjour à l'ICM.
- 76 **T-1** : Services très corrects. **T-2** : Pour l'anesthésie je n'ai pas d'autres commentaires.
- 77 **T-1** : Eviter de donner trop de drogues après l'opération. Vérifier avec le patient au préalable. **T-2** : J'ai eu une très bonne expérience de mon opération à l'ICM. Tout le monde me semble très compétent.
- 78 **T-1** : Souvenir désagréable du tube dans la gorge et beaucoup de cauchemars après l'opération. Se demandait si elle avait été opérée. **T-2** : Souffrance reliée au tube dans la gorge.
- 79 **T-1** : J'ai trouvé très désagréable de me faire dire par la travailleuse sociale, une heure avant l'opération, qu'il n'y avait pas de place pour moi dans une maison de convalescence après la chirurgie. Le tube dans la gorge a été pénible. Il m'a fait vomir. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 80 **T-1** : Un drain thoracique mal installé lui causait beaucoup de douleurs. Sa douleur n'a pas été pris en considération par les médecins + infirmières. Finalement, la réinstallation du tube a été très douloureuse. **T-2** : Aucun commentaire.
- 81 **T-1** : A fait une réaction à la sédation prise avant la veille de la chirurgie. Il était éveillé, agité et en état de panique. Très bien traité en général. Tube très douloureux dans la gorge, difficulté à le tolérer. Aurait aimé être endormi avant d'entrer à la salle d'opération. **T-2** : Aucun commentaire.
- 82 **T-1** : Manque de continuité dans les soins infirmiers. Pas de commentaires additionnels concernant l'anesthésie. **T-2** : Everything went really fine. I expected to be more dizzy, etc. I felt rather well. I think the team is really well experienced. If the stomach tube could be removed before, that would be great! I suggest you give all the intensive care patients some ear plugs to sleep better...
- 83 **T-1** : Toujours très tendue. Qu'on lui dise pourquoi on change sa médication après l'opération, car elle a eu beaucoup de problèmes

- par la suite. **T-2** : Il y a eu des complications au réveil. Je ne respirais pas lorsqu'on enlevait les tubes. C'est ce qu'on m'a dit parce que je ne m'en souviens pas. J'ai dormi presque 2 semaines.
- 84 **T-1** : Très bons services, satisfaite. Cependant a souffert de douleurs causées par le tube dans la gorge. **T-2** : Besides the pain caused by the tube in my throat, I was really satisfied of the care they gave me before, during and after the operation.
- 85 **T-1** : S'est senti «rushé», bousculé par le personnel médical et infirmier. Départ trop rapide. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 86 **T-1** : Les tubes (nez + gorge) ont été très désagréables. Il aurait aimé ne pas les sentir. **T-2** : Find a way to remove nose and throat tubing sooner. ICU is also too noisy, machines and alarms were very tiring.
- 87 **T-1** : Aucun commentaire. Le personnel auxiliaire parlait beaucoup de grève, de mécontentement. Ce qui a dérangé le patient. Ils discutaient davantage de leurs problèmes au lieu de faire leurs tâches. **T-2** : Aucun commentaire.
- 88 **T-1** : Très bien soignée. N'a pas aimé être éveillée à son arrivée à la salle d'opération. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 89 **T-1** : A attendu trop longtemps, soit environ 2 heures, avant qu'on lui enlève son tube dans la gorge. N'a pas apprécié être conscient de l'insertion de cathéters à la salle d'opération. **T-2** : After awakening, I felt a couple of time like my head was under water trying to get some air (very bad feeling). Very dry throat, painful.
- 90 **T-1** : Expérience extraordinaire. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 91 **T-1** : Très bons services. **T-2** : Questionnaire non retourné
- 92 **T-1** : Aurait aimé rencontrer l'anesthésiste avant son opération. Cela n'a pas été possible même si le patient bénéficiait du programme d'évaluation pré-opératoire. **T-2** : The anesthesiologist is unknown to me; I did not meet him at the preoperative meeting before the hospitalization nor did I before and after the operation.
- 93 **T-1** : Bons services. **T-2** : J'ai eu de très bons services même pas un petit mal de cœur.

- 94 **T-1** : Pas de soulagement rapide de la douleur. Elle a dû attendre une heure avant que quelqu'un lui apporte un analgésique. **T-2** : Blanc de mémoire en ce qui concerne l'anesthésie et l'anesthésiologiste. La chirurgie étant moins sévère que prévue (3 pontages au lieu de 4-pas de remplacement de la valve mitrale) la satisfaction est plus importante- Cette opinion n'a qu'une valeur relative, la complexité de la chirurgie cardiaque n'étant pas du ressort de la patiente (commentaire de la patiente). La quantité et qualité d'analgésique donnée au départ est très insuffisante. J'ai dû consulter mon médecin de famille pour obtenir un anti-douleur plus approprié.
- 95 **T-1** : Satisfait des services anesthésiques reçus. **T-2** : Aucun commentaire.
- 96 **T-1** : Trop de va et vient dans la chambre, c'est fatiguant. SVP pas mettre les jours 2 avec les cas de jour 3 et 4 dans la même chambre. Depuis la chirurgie, dépendant de la médication pour s'endormir. **T-2** : Aux soins intensifs, j'ai été pratiquement inconscient les 36 premières heures.
- 97 **T-1** : Aurait aimé être informé en pré-opératoire sur la possibilité d'avoir des hallucinations en post-opératoires. Car il en a eu plusieurs. De plus, après la chirurgie le patient parlait seulement en latin. Certaines infirmières étaient «bêtes». **T-2** : Anesthésie : un charme, rien vu et rien entendu. Chirurgie : les médecins sont des expertst, Bravo Dr Pellerin. Infirmières : vocation et dévouement sans bornes. Elles sont trop peu nombreuses pour la lourdeur de la tâche.
- 98 **T-1** : A la salle d'opération, j'ai demandé de retirer le champ opératoire que l'on m'avait placé sur le visage pendant qu'on me piquait au cou parce que ça me rendait claustrophobe. On ne l'a pas fait. J'ai eu plusieurs cauchemars après la chirurgie à cause du champ opératoire. Je rêvais que le champ opératoire était sur mon visage et qu'il m'empêchait de respirer. Je ne suis pas impressionné par le suivi après le départ de l'hôpital. Même votre questionnaire ne traite pas de ce sujet. On voit très bien que l'Institut voit les patients uniquement du point de vue clinique et technique. Où sont les services sociaux que l'on retrouve dans d'autres hôpitaux? **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 99 **T-1** : Services excellents, personnel dévoué, accueillant, souriant, disponible. **T-2** : A beaucoup souffert du tube dans la gorge. Dans l'ensemble les services sont excellents. Les chirurgiens sont très qualifiés et minutieux sur les détails. Le personnel infirmier

est excellent et près des malades, très dévoué surtout aux soins intensifs.

- 100 **T-1** : Beaucoup d'hallucinations après la chirurgie. Ne pouvait pas fermer les yeux car ils voyaient des images terrifiantes. A dû consulter en psychiatrie. Très bons services des anesthésistes et des chirurgiens. Cependant le personnel infirmier avait tendance à faire plusieurs choses en même temps. Ex : durant un changement de pansement il a dû attendre 45 minutes avant que l'infirmière revienne terminer le pansement. Il a attendu très longtemps lorsqu'il sonnait la cloche. Cela lui a causé beaucoup d'inquiétudes. **T-2** : Aucun commentaire.
- 101 **T-1** : Beaucoup de cauchemars terrifiants après la chirurgie ainsi que des visions (se voyait au plafond de sa chambre). Trop de bruits dans le corridor (jour et nuit). Les changements de quart sont très bruyants. Un soir une infirmière criant après un patient en état de confusion. Les autres patients qui parlent beaucoup sont épuisants. Nourriture pas très bonne. **T-2** : Très peu satisfaits des services anesthésiques. N'a pas reçu assez d'informations concernant l'anesthésie et n'a pas du tout été rassuré par l'anesthésiste.
- 102 **T-1** : Très bons services mais très embarrassé par le tube dans la gorge. **T-2** : Très bonne qualité de service du département d'anesthésie. Le chirurgien est très compétent. Il fait un très bon travail et il fait un très bon suivi de leurs patients après l'opération.
- 103 **T-1** : En général, soins chaleureux de la part des médecins + infirmières. Aurait préféré être endormit avant d'arriver à la salle d'opération. **T-2** : Même si l'on a dû m'opérer une seconde fois pour refermer mon sternum suite à mes efforts pour tousser, les services ont été très satisfaisants.
- 104 **T-1** : Satisfaits des services bien qu'il ait eu plusieurs cauchemars après l'opération. **T-2** : Très satisfait.
- 105 **T-1** : Très bons services. **T-2** : J'ai été satisfait.
- 106 **T-1** : Satisfait des services mais aurait aimé ne pas être conscient de la salle d'opération. **T-2** : Je n'ai pas apprécié me faire présenté u projet de recherche le matin de la chirurgie. Ce devrait être présenté lors de la pré-admission ou la veille de l'opération.



- 107 **T-1** : Son compagnon de chambre était très bruyant, agité, confus. Cela l'a empêché de dormir et de récupérer. **T-2** : Satisfaite après l'opération mais aucun souvenir des jours aux soins intensifs.
- 108 **T-1** : Très bons services, aucun commentaire. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 109 **T-1** : Rien de négatif. Satisfait des services reçus. **T-2** : J'ai reçu de très bons soins et je suis satisfaite de mon séjour à l'hôpital.
- 110 **T-1** : Pré-médication peu efficace. Très incommodée par le tube dans la gorge. Extubation trop rapide. Trop de médecins qui la visitait. C'était très fatiguant et elle n'avait pas le goût de répondre. Le personnel infirmier était très varié au niveau de l'attitude. **T-2** : Aucun commentaire.
- 111 **T-1** : Agréablement surprise de la qualité des services. Se sentait en sécurité. **T-2** : Lors du RVA tout fût parfait. Par contre lors de la 2<sup>e</sup> anesthésie pour un drainage quelques jours après le RVA, j'ai eu beaucoup de douleurs à l'épaule gauche au réveil ainsi que de l'angoisse.
- 112 **T-1** : Beaucoup de douleurs, inconfort reliés au tube dans la gorge au réveil. Cependant, ce fût de courte durée. En post-opératoire s'est senti brusqué par un MD qui lui a dit : « taisez-vous, tenez-vous tranquille! Vous allez mieux, hen? » **T-2** : The removal of the tube in my stomach was not a good experience but it did not last long. I did not react good to morphine and I had digestion problems with some medication (empracet). But I did not have much pain. Finally the overall experience was not as bad as I thought before surgery.
- 113 **T-1** : Peu de considération pour la dignité et l'intimité des patients lors des visites médicales. Manque d'hygiène lors de l'administration des médicaments (médicament donné dans la main et non dans un pilulier). **T-2** : Un peu plus d'intimité serait apprécié, surtout lorsqu'on se fait laver et quelqu'un arrive à tout bout de champ! Ce qui est fort désagréable et c'est partout pareil même sur les étages. La mixité dans les chambres serait à réexaminer.
- 114 **T-1** : Le contexte sociopolitique des infirmières (grève) et des médecins (exode) lui crée beaucoup d'anxiété. Elle n'est sûre de rien. Satisfaite mais difficulté à accepter sa situation en post-opératoire. Déçue par les soins de base au patient (bain au lit, coiffure, etc.) et également stressée parce qu'elle n'a pas eu son

- transfert à Marie-Clarac. Manque de continuité pour le service de réadaptation. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 115 **T-1** : Très bons services anesthésiques. Beaucoup de bruits et d'agitation aux soins intensifs. Trop de visiteurs dans les chambres, très dérangeant. Beaucoup de cauchemars après l'opération. **T-2** : J'ai été très satisfait de l'anesthésie et de la chirurgie.
- 116 **T-2** : Tout s'est déroulé tel que l'anesthésiste me l'avait expliqué. Bien gentil. **T-2** : Tout s'est bien déroulé.
- 117 **T-1** : Très bon travail, très bons services. Je leur lève mon chapeau! **T-2** : Questionnaire non complété.
- 118 **T-1** : Bons services de l'anesthésie. Nourriture de piètre qualité, lit peu confortable. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 119 **T-1** : Personnel fantastique. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 120 **T-1** : Satisfait des services. Personnel très prévoyant. **T-2** : Je n'ai eu connaissance de rien et c'est ce que je voulais.
- 121 **T-1** : Très bons services, bien traitée. Cependant, le tube dans la gorge a été très pénible à endurer, douloureux. Nourriture peu appétissante. **T-1** : Aucun commentaire.
- 122 **T-1** : Tube dans la gorge très douloureux, impression d'étouffer. Je n'ai pas aimé la nourriture. Elle me donnait des nausées. **T-2** : J'ai subi un 2<sup>e</sup> triple pontage, le premier a eu lieu en 1978. Je ne me souviens pas beaucoup du premier, mais avec la prise de l'artère mammaire je crois avoir souffert un peu plus que la 1<sup>ère</sup> fois. Surtout avec ce fâcheux hoquet (Tube de drainage du péricarde touchait son diaphragme. Le hoquet a disparu avec le retrait du tube).
- 123 **T-1** : Aurait aimé voir l'anesthésiste avant la chirurgie et vers le 3<sup>e</sup>-4<sup>e</sup> jour post-op. Bonne expérience dans l'ensemble à par les nombreux cauchemars et le tube dans la gorge (douloureux + pris trop de temps avant de lui enlever). **T-2** : Aucun commentaire.
- 124 **T-1** : Aurait préféré ne pas sentir le tube dans sa gorge à son réveil (douloureux). Bonne qualité de service du Dr Hébert. Moins bonne qualité des services infirmiers au 3<sup>e</sup> centre. Nourriture exécrable. **T-2** : Aucun commentaire.

- 125 **T-1** : Très satisfaite des services anesthésiques, personnel très attentionné. Se sentait en sécurité. **T-2** : J'ai eu de très bons services, je me sentais en sécurité avec une surveillance adéquate. Le personnel était très gentil. Nourriture excellente.
- 126 **T-1** : Extra sur toute la ligne! On ne voit pas assez le cardiologue. **T-2** : L'expérience de l'anesthésie et de la chirurgie a été surprenante. Ces professionnels sont réconfortants, ce sont des personnes géniales. Je ne sais comment les remercier. Les anesthésiologistes et le chirurgien sont dans mes prières chaque jour. Nous sommes chanceux d'avoir ces personnes. Elles ont beaucoup de mérite, car ces personnes m'ont sauvé la vie.
- 127 **T-1** : Bien satisfait des services reçus avant et après l'opération. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 128 **T-1** : Nourriture exécration. N'a pas apprécié de sentir les tubes et les cathéters à son réveil. Il pensait qu'il n'avait pas encore été opéré. **T-2** : Tout s'est très bien déroulé. Je n'ai rien senti et je n'ai pas eu de cauchemars.
- 129 **T-1** : Tube dans la gorge très douloureux au réveil. Infirmier bête et peu compréhensif qui lui a fait mal à plusieurs reprises. **T-2** : Personnellement, j'ai été très satisfaite des soins reçus lors de cette chirurgie par tous les départements sauf une personne en soins infirmiers. J'ai eu un très bon chirurgien, Dr R. Cartier, un médecin très consciencieux. Il est venu me voir avant l'opération ainsi qu'après presque à tous les jours pour voir si tout était OK. Ces petits gestes valent beaucoup car on se sent entre bonnes mains.
- 130 **T-1** : Satisfait des services reçus. Cependant, j'aurais préféré être endormit à mon arrivée à la salle d'opération, très stressant. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 131 **T-1** : Tout était très bien à part les hallucinations (tarentules) qui étaient très effrayantes et le fait que j'ai eu plusieurs cauchemars dans les jours suivants l'opération. **T-2** : Tube dans la gorge très douloureux.
- 132 **T-1** : Lors de son admission on l'a informé que le transport Montréal-Val D'Or était assuré par l'ICM ce qui n'était pas le cas. Très préoccupée par la douleur et le tube dans la gorge au réveil ainsi que ceux dans la poitrine. **T-2** : J'ai apprécié rencontrer l'anesthésiste avant l'opération. Je n'ai pas apprécié la sensation

- du tube dans la gorge. Ce n'est pas rassurant d'être si vite retournée à la maison quand on habite très loin de l'ICM.
- 133 **T-1** : Très difficile de supporter le tube dans la gorge. Les soins médicaux et infirmiers étaient parfaits. L'entretien ménager est très négligé, tourne les coins ronds, chambres sales. Beaucoup de bruits aux S.I. (discussions et rires des infirmières) et de lumières (a été aux SI près de 3 semaines). **T-2** : Bothered by the tube in her throat.
- 134 **T-1** : Très satisfaite ainsi que sa famille des infos reçues après l'opération. Beaucoup de visites des médecins, c'est très rassurant, très utiles. Plus rassurant d'avoir été opérée à l'ICM. **T-2** : I was very surprised after the operation to have felt nothing. When I woke up I had no more tubes, I felt no pain, I felt very normal. I was never afraid before the operation. I felt very confident. I knew my health was very good.
- 135 **T-1** : Les petites attentions font toujours plaisir. Un infirmier du 3<sup>e</sup> étage a été brusque et bête avec lui. Il a refusé de lui replacer son masque à oxygène. Problème d'hallucinations après la chirurgie (oiseaux noirs). Pensait qu'il devenait fou! **T-2** : Il est important de sentir une présence pour nous reconforter. De se sentir écouter et de recevoir de bons soins. Pour ma part j'ai reçu d'excellents soins et je suis très satisfait de mon séjour à l'ICM.
- 136 **T-1** : Très satisfaite des services reçus par les anesthésistes et l'ensemble du personnel. **T-2** : J'ai été satisfait sur tout ce que j'ai vécu à l'ICM. Cependant les 10 semaines d'attente à l'Hôpital Ste-Marie de Trois-Rivières ont été très pénibles sachant que dans l'attente il passait avant moi des patients soit disant plus urgents???
- 137 **T-1** : Doit être réopéré et n'est pas du tout satisfait de ne pas avoir été prévenu de cette éventualité. A dû subir pendant 10 jours le tube dans la gorge ce qui fût très pénible. Atmosphère très désagréable n'a pas reçu de réponses à ses questions. Le chirurgien est très froid et ses informations très limitées. Hallucinations fréquentes : voit passer des chiens et des chats, se sent pris dans une jungle. Nourriture très mauvaise. Le personnel a refusé qu'il aille aux funérailles de sa mère! **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 138 **T-1** : Nourriture vraiment pas bonne. Soins infirmiers négligés : préposé ou infirmière a vidé contenu de l'urinal dans le lavabo sans nettoyer le lavabo par la suite. Bon accueil à l'admission. **T-2** : Aucun commentaire. Tout a très bien été (sauf pour une préposée ou infirmière). Pas de complications-Dieu merci. Peu de

- souffrances. Retour chez moi après 6 jours. Depuis tout va merveilleusement bien. Très bons services de l'anesthésiste, des médecins et du personnel infirmier en général. Gros merci à tous!
- 139 **T-1** : Excellent services, très bons soins. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 140 **T-1** : Personnel loquace, très satisfaite. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 141 **T-1** : Très bons services. A trouvé pénible le tube dans la gorge et les hallucinations car il n'avait pas été préparé à cela (il apercevait les parents du personnel déambuler dans le corridor). **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 142 **T-1** : Très satisfaits des services reçus. Lit très peu confortable. **T-2** : Aucun commentaire, très satisfait sur tout.
- 143 **T-1** : Très satisfait, aucun commentaire. **T-2** : Je n'ai que de bons commentaires. Le seul problème c'est toujours mes nausées. C'était ma troisième anesthésie et seuls les médicaments me soulageaient des nausées.
- 144 **T-1** : Très bien apprécié l'anesthésie. Le personnel est bien préparé et très informant. **T-2** : No additional comments.
- 145 **T-1** : Excellent service, entièrement satisfait. **T-2** : Aucun commentaire.
- 146 **T-1** : Satisfait des services reçus. **T-2** : Tout s'est bien déroulé.
- 147 **T-1** : Satisfait des services reçus mais les hallucinations ont été pénibles (chiffres, graphiques sur le mur). **T-2** : I really felt confident due to the numerous informations given to me at every levels; nurses, doctors, surgeon even the volunteer who was particularly reassuring.
- 148 **T-1** : Pas vraiment satisfait re : tube dans la gorge pénible. Au 4<sup>e</sup> étage, un préposé noir ne répondait pas aux demandes des patients. Les infirmières noires du 3<sup>e</sup> centre et des soins intensifs faisaient plusieurs oublis, ne répondaient pas aux demandes et le patient devait toujours répéter. **T-2** : C'est la 4<sup>e</sup> fois que je suis opéré à cœur ouvert et cette fois-ci ça mieux été. « Un petit miracle ». La première fois en 1970 j'avais eu conscience de toutes les préparations et même quand on a commencé à couper ma peau puis j'avais perdu conscience.

- 149 T-1 : Très bien soignée. T-2 : Questionnaire non retourné.
- 150 T-1 : Satisfait, tout le monde semble avoir bien fait son travail. T-2 : Je ne me souviens pas beaucoup de l'anesthésiste mais j'ai apprécié les explications du chirurgien avant l'opération.
- 151 T-1 : Très satisfait. T-2 : Aucun commentaire.
- 152 T-1 : Aucun commentaire, personnel très bien. T-2 : J'ai été très bien soignée, personnel très gentil.
- 153 T-1 : Satisfaite du personnel mais n'a pas apprécié être consciente de la salle d'opération ni d'avoir à attendre après les médecins (au 3eC). La nourriture pourrait s'améliorer. T-2 : Questionnaire non retourné.
- 154 T-1 : Très satisfait des services. Aurait préféré ne pas avoir de tubes à son réveil. T-2 : Aucun commentaire.
- 155 T-1 : Pas d'entente entre les médecins sur les soins à prescrire. Attitude très bonne du personnel. Pas de respect de l'intimité des patients lors des bains et des procédures. Nourriture pas très bonne. Une toilette pour deux chambres ce n'est pas très hygiénique et pratique. T-2 : Je n'ai pas eu une grande expérience des opérations, mais tout s'est bien déroulé, beaucoup mieux que je l'avais imaginé. Je ne me suis jamais sentie très mal, j'ai seulement souffert de la soif. J'étais en bonne forme dès mon réveil et j'avais envie de parler, les tubes étaient frustrants.
- 156 T-1 : Bien dans l'ensemble mais a été incommodé par des hallucinations ainsi que par le tube dans la gorge au réveil. T-2 : I have no additional comments regarding the anesthesia. I think that what happened to me was normal for the anesthesiologists.
- 157 T-1 : En général j'ai reçu de bons soins. T-2 : Questionnaire non retourné.
- 158 T-1 : Informations suffisantes. Personnel rassurant, ne cache rien. On sait à quoi s'attendre. Nourriture peu variée d'une semaine à l'autre. Café + toasts très peu appétissants. T-2 : Aucun commentaire.
- 159 T-1 : Beaucoup de bruits. J'ai détesté me faire déranger très souvent par le personnel. Nourriture peu appétissante surtout le matin. T-2 : Très bien sauf les repas.

- 160 **T-1** : Soins intensifs=> très bons soins, très rapides, 100% satisfait. **T-2** : Very pleased by the services.
- 161 **T-1** : Les informations qu'elle a reçues de l'anesthésiste lui ont fait peur. Elle avait fait une chute en préopératoire (tendinite) et ne pouvait pas bouger son bras. Lorsqu'elle a demandé de l'aide pour aller aux toilettes l'infirmière lui a répondu qu'elle ne pouvait pas l'aider car elle (patiente) était considérée autonome. L'infirmière lui a seulement expliqué brusquement comment descendre son côté de lit. La patiente s'est rendue péniblement aux toilettes par la suite. **T-2**: Questionnaire non retourné.
- 162 **T-1** : Satisfaits des services reçus. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 163 **T-1** : A reçu de bons soins médicaux. Bien informée, très bon suivi. Cependant, une infirmière aux soins intensifs a été brusque avec la patiente. De plus, la patiente a reçu de la codéine et elle était allergique à ce médicament (c'était indiqué sur son bracelet). **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 164 **T-1** : Satisfaits des services reçus. **T-2** : Dans mon cas cela a été très positif. Pas d'autres commentaires.
- 165 **T-1** : Très surpris de la qualité du personnel et des services reçus. **T-2** : Depuis le début, je savais que j'étais entre bonnes mains. Ce sont de vrais professionnels. Je n'ai que des félicitations à leur dire.
- 166 **T-1** : Satisfait des services reçus. **T-2** : Questionnaire non retourné.
- 167 **T-1** : Aucun commentaire. **T-2** : Questionnaire répondu par le conjoint => Ma femme a été réadmise à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont. Elle a attrapé une bactérie, elle a de l'infection en arrière du sternum et elle a fait un anévrisme à la jambe. Depuis ce temps, c'est complications par dessus complications. Elle est toujours hospitalisée 2 mois après la chirurgie.
- 168 **T-1** : Très satisfait, personnel super. **T-2** : Pour moi tout a été correct.
- 169 **T-1** : Personnel très professionnel, bien accueilli. Anesthésiste a très bien expliqué déroulement anesthésie. Hallucinations sont paniquantes : voyait le mobilier se promener au plafond. Très à

l'écoute et langage très approprié. Problèmes avec l'administration en regard des papiers d'assurance, délais très longs. **T-2** : L'anesthésie pour moi a réussi à 100%. La chirurgie je ne me souviens pas de rien.

170

**T-1** : Difficile d'exiger davantage au niveau de la qualité. J'ai reçu de très bons soins. Je n'ai pas apprécié me faire réveiller au milieu de la nuit avec une lampe torche dans la figure. **T-2** : Aucun commentaire.



## **Appendice B**

**Commentaires des répondants chirurgiens aux questions ouvertes de l'ESCA**

**1) Êtes-vous satisfait des interactions que vous avez avec les anesthésistes à l'extérieur de la salle d'opération? (Ex. : Lors de réunions interdépartementales, sur les unités de soins, etc.)**

-55 répondants ont répondu seulement «Oui » à cette question. Les 95 autres répondants ont soit rien répondu ou émis des commentaires tels que suivants :

-Ce genre de situation est très rare dans notre milieu et les quelques fois où cela arrive l'interaction est excellente.

-Sur les étages, bonnes relations. Pas de réunions interdépartementales. Bon suivi de la part de la clinique de la douleur.

-Oui. Sauf sur les horaires de vacances et les fermetures de salles qui s'en suivent.

-Oui. Excellent groupe, dynamique , constructif. Avons une excellente entente.

-Les relations sont franches, cordiales, constructives et ne servent qu'à améliorer la qualité de vie du patient.

-La grande majorité de mes chirurgies étant faites en externe, ceci ne s'applique que rarement.

-Nous connaissons de bonnes relations avec nos anesthésistes. Les discussions demeurent faciles en dehors de la salle d'opération en autant que l'on empiète pas sur leur mode de pratique. Les discussions scientifiques interdépartementales sont malheureusement pratiquement inexistantes.

-Satisfait. On ne peut demander à tous le même niveau de participation et d'intérêt. Re : âge, complexité des cas, etc. Une certaine sélection se fait «naturellement» dans le groupe.

-A l'extérieur du bloc ils sont très gentils et semblent même être d'accord avec nous.

-Notre brebis galeux part en mai et n'a resté que 2 ans.

-A un centre hospitalier les relations sont excellentes entre moi-même et les anesthésistes. Je ne peux en dire autant au deuxième centre où je travaille. A ce centre il n'y a aucune interaction!

-Aucun contact avec les anesthésistes en dehors de la salle d'op. (leur tour «d'argent»). Ils règlent les problèmes d'analgésie post-op par téléphone. (Pourtant ils sont grassement payés pour ceci). Je n'ai pas besoin d'un anesthésiste qui signe un protocole imprimé

pour 48 hres sans jamais voir ou évaluer le patient. Même en salle d'op. les échanges et discussions sont limités sauf peut-être avec les plus jeunes qui deviennent d'ailleurs plus arrogants avec le temps!

-Nous n'avons aucune communication. Ils vivent dans leur propre monde. Ils peuvent être très indispensables alors que ce n'est pas vrai. Un simple inhalothérapeute avec l'aide d'un MD ou chirurgien peut faire l'affaire. Je ne suis pas SATISFAIT du tout de l'attitude des anesthésistes qui se prennent pour ceux qui ne sont pas. Ils veulent prouver aux chirurgiens qu'ils sont aussi importants si non plus. Il y a un complexe INFÉRIORITÉ? Je ne sais pas quoi. C'est une lutte PAS un travail d'équipe.

-Je suis très satisfaite. Bonnes connaissances médicales. Pas d'interactions négatives.

-Ce genre de situations est très rare dans notre milieu et les quelques fois où cela arrive l'interaction est excellente.

-Beaucoup en fonction de la personne qui représente les anesthésistes aux différentes tables.

-Oui en général, mais dans notre milieu il y a peu de réunions interdépartementales.

-Il n'y en a pas comme tel.

-Non.

-Oui. Nécessite la formation d'un vrai partenariat entre chirurgiens, anesthésistes et infirmières du bloc opératoire. Nos anesthésistes sont beaucoup trop accaparés par les besoins de services cliniques quotidiennement pour participer à des activités médico-administratives.

-Ne s'applique pas.

-Pour la plupart des cas les interactions sont excellentes.

-Les relations sont bonnes.

-Dans notre milieu, ce sont les professionnels dont le comportement me semble le plus adéquat.

-Interactions nulles.

-Les interactions sont très adéquates, quoique relativement peu fréquentes.

-La coopération obtenue varie grandement d'un anesthésiste à l'autre, il est donc difficile de commenter.

-En général la coopération est très bonne mais il y a des exceptions.

-Non. Ils acceptent difficilement la critique et comprennent mal les besoins d'ordre SOCIAL et psychologique des patients. Ils sont très techniques et les besoins des patients ne sont que d'ordre médical pur.

-Oui. Sauf que les réunions interdépartementales auxquelles ils participent sont rares. Ils forment un groupe à part.

-Oui. Bonne relation de travail. Ils sont compétents et à l'affût de nouvelles techniques.

-Très satisfait. Actuellement nous avons une belle relation avec les anesthésistes qui travaillent avec nous. A mon avis, celle-ci relève d'un respect mutuel-Les échanges & communication sont faciles voire amicales.

-Je suis très satisfait. L'équipe est très jeune et dynamique.

-Oui. Dans un grand service, il y a toujours des exceptions, heureusement minoritaires.

-Très satisfait. Les contacts sont faciles et agréables. Le milieu où j'évolue étant restreint, ce serait l'enfer s'il en était autrement.

-Dans notre CH, les réunions interdépartementales sont quasi inexistantes. Sur les unités de soins les prescriptions de l'anesthésiste ont habituellement préséance sur celles du chirurgien. En salle d'op. cela peut devenir agaçant de voir la cliente recevoir de l'ocytocine per-césarienne avant que le placenta n'a vraiment commencé à décoller. Ces injections se font parfois sans notre accord, mais tous les anesthésistes ne suivent pas cette règle.

-Pour la majorité des anesthésistes, oui. Ils sont ouverts et disponibles.

-Comme partout ailleurs, il y a des différences entre les individus i.e. caractériels. Cependant, le problème avec l'obstétrique c'est que tout peut devenir urgent! Surtout la nuit quand eux sont là moins de 12 heures de garde et nous plus de 24 hrs. Je déteste quand on nous demande la pertinence d'un acte tel une césarienne.

-Le département d'anesthésie du centre hospitalier où je travaille est très dynamique et très disponible. Je suis très satisfaite.

-Il y a peu de discussion. Leur position est plutôt cristallisée. Il est très laborieux voire impossible de leur faire changer un point de vue ou une attitude. Ils sont sur la défensive et je ne sais pas pourquoi.

-Modérément satisfait. Très variable selon l'anesthésiste en cause.

-Bonne collaboration & coopération avec département d'anesthésie tant en chirurgie qu'en obstétrique.

-Non. Spécialité paranoïde qui se sentent mener par les chirurgiens et qui se rebutent pensant ainsi s'imposer à moins qu'un supplément monétaire ne leur soit offert. Heureusement il en reste encore quelques uns d'humains et qui ne travaillent pas seulement pour la «piastre».

-Interactions inexistantes.

-Oui. Mais il y a très peu de réunions avec les anesthésistes; l'entente entre chirurgiens et anesthésistes est excellente et on peut régler des problèmes sur place sans nécessairement avoir des réunions.

-Oui. La réponse aurait été différente il y a quelques années. La vie, les embûches, l'âge ont amélioré tant nos anesthésistes que leurs chirurgiens.

-En dehors du bloc, les interactions sont peu nombreuses (unités de soins & soins intensifs). Les interactions sont satisfaisantes alors. Ils n'aiment pas les remarques, grande susceptibilité.

-Pénurie temporaire dans notre milieu. Donc pas d'interactions ni de réunions.

-Il y a peu de contacts scientifiques hors de la salle d'opération. J'aimerais plus d'échange pour l'élaboration de protocoles, de conduite à tenir, etc.

-Dans l'ensemble les anesthésistes sont très compétents dans notre hôpital et la communication est excellente, ainsi que la collaboration. Il y a rarement de conflits, du moins en ce qui me concerne!!

-Oui. Notre problème majeur est que nous avons un manque régulier d'anesthésistes depuis plus ou moins 4 ans et que l'association des anesthésistes ne fait pas grand chose pour régler le problème sauf augmenter constamment leurs demandes monétaires pour venir dans notre région.

-En général, oui. Les anesthésistes sont disponibles pour discussions constructives pour améliorer la qualité des soins et le traitement de la douleur post-op. La chirurgie du court séjour, avec le virage ambulatoire, prend de plus en plus d'importance et les substances anesthésiques nouvelles doivent aider à améliorer le post-op immédiat (24-48 hres).

-Réunions dept. : ils viennent rarement. Comme ils font partie d'un département différent, les cédules de réunion ne coïncident plus. C'est là le principal inconvénient de la séparation des anesthésistes du dept. de chirurgie. Unités de soins : OK.

-La majorité silencieuse des anesthésistes est un atout utile surtout quand ils réussissent les réanimations aux urgences et soins intensifs. Il n'y a aucun problème avec les anesthésistes normaux mais nous ne sommes pas à l'abri d'attaques anormales.

-Ils ne participent pas tous de la même façon et ne travaillent pas tous sur les unités de soins hors de la salle d'opération.

-Oui, très satisfait. Dans notre milieu ils sont en charge de l'administration (fonctionnement) de la salle d'op. et sont un peu trop directifs.

-Oui. Mais il y aurait place à amélioration au niveau des réunions interdépartementales.

-Tout à fait, à l'exception d'un individu.

-Les relations en dehors de la salle d'op. sont cordiales et amicales. Toutefois si quelqu'un s'avère incompetent à la salle d'op., il est difficile d'assurer une conversation ouverte et d'échanger à l'extérieur de la salle d'op.

-Plusieurs anesthésistes sont trop conservateurs.

-Je ne les vois pas.

-Les anesthésistes sont des individualistes! Ils partagent peu avec les chirurgiens; les contacts pré + post-op sont très limités : c'est semble-t-il la «**mot illisible**» de leur responsabilité. Souvent, ils considèrent leur travail comme peu valorisant; ils le font par nécessité et ça se ressent à plusieurs moments.

-Je travaille en collaboration avec les anesthésistes et reste très satisfait de leur service : Il est évident que la relation reste variable, dépendant aussi de la personnalité de chaque anesthésiste.

-Attitudes très défensives en dehors des situations d'urgence (ex. : pratique des péridurales en obstétrique dans certains lieux physiques qu'ils considèrent non optimaux); l'aspect médico-légal prend une dimension exagérée.

## 2) Qu'est-ce qui contribuerait à améliorer la qualité des services offerts par les anesthésistes pour votre département de chirurgie?

-Plus de disponibilité (manque d'effectifs). Créer un climat de travail où il y aurait plus de discussions des cas, plutôt qu'axer sur la production.

-Meilleure disponibilité des anesthésistes pour naissance d'un grand prématuré ou bébé avec possibilité de réanimation lorsque pédiatre néonatal non disponible (occupé dans un autre milieu hospitalier). Meilleur soulagement dans les 24 heures post-op «ACP» peu performante pour chirurgie gynécologique!

-Plus de disponibilité opératoire, plus d'inhalothérapeutes.

-Leur disponibilité en dehors de l'acte opératoire, pour d'autres activités (administration de l'hôpital, réunions, implication dans l'évolution de l'hôpital, participation dans des discussions importantes) améliorerait beaucoup! Mais, pour le moment ils sont là pour l'acte opératoire, le font et disparaissent! Par ailleurs, ils sont très exigeants, vu la pénurie d'anesthésistes.

-De les voir travailler moins pour le «pool» des anesthésistes et plus pour leur propre intérêt.

-Qu'ils considèrent l'ordre des cas suggéré par le chirurgien pour sa liste opératoire. Qu'ils considèrent le chirurgien plus que comme un simple technicien surtout pour les chirurgies surspécialisées et rares où son input peut être utile. Devraient être en «pool» financier pour éviter les contraintes, désirs et sautes d'humeur individuelles. Il devrait y avoir plus de réunions avec les anesthésistes et chirurgiens pour mieux gérer et être plus juste dans la répartition des salles d'opération. De plus, ceci leur permettrait peut-être de comprendre qu'ils ne sont pas les seuls affectés par les coupures de budget et pas les seuls à finir plus tard. N.B. : Il y a plusieurs anesthésistes qui sont très biens et pour qui ces remarques ne s'appliquent pas.

-Plus d'ouverture au changement.

-Avoir un seul anesthésiste. Les remplacements étant rares la mise à jour demeure difficile (congrès, etc.).

-Pour quelques exceptions près une amélioration concernant la ponctualité.

-Programme opératoire régulier, sans annulations.

- Raccourcir le délai entre deux opérations et le temps de préparation intra-opératoire anesthésique qui peut des fois être plus long que la chirurgie elle-même.
- Maintenir la compétence. La majorité des conflits professionnels originent de la non compétence d'un individu à parfaire son travail adéquatement.
- Amélioration des lieux physiques.
- Très satisfait de la qualité des services.
- Un peu plus de disponibilité, flexibilité. Par exemple ne pas toujours être en congé les lendemains de garde, en organisant différemment leur horaire. Par contre j'ai une satisfaction très élevée en ce qui concerne leur compétence et ma relation professionnelle avec eux. Je me considère dans un milieu favorisé à cet égard.
- Augmenter le nombre, l'efficacité, la coopération et diminuer la fatigue.
- Augmenter le nombre d'anesthésistes car ils ne sont que 2 sur une possibilité de 4 donc nous les épuisons progressivement et nous devenons très dépendants des itinérants.
- Actuellement la coopération est très bonne.
- Je dois admettre que notre service d'anesthésie est très bon. Recherche un peu forte de rentabilité
- Plus grand nombre d'anesthésistes disponibles.
- Nous avons un excellent service offert par nos anesthésistes, ainsi qu'une bonne communication.
- Nous aimerions travailler plus souvent avec les anesthésistes mais ils sont rarement disponibles.
- Difficulté de recrutement. Si plus d'anesthésistes, plus de temps opératoire.
- Augmenter le nombre de salles d'opération. Plus de personnel infirmier. La rémunération actuelle ne permet pas de s'impliquer dans le médico-administratif.
- Expulser du Canada et du Québec tout anesthésiste ou stagiaire étranger qui cause un accident ici et mettre leur patron à l'amende à chaque accident. Les conflits et accidents que j'ai subis ont été causés par l'admission dans le département d'anesthésie de médecins étrangers incompétents subséquemment promus par des intrigues dont le prototype le plus anormal est Victor Faria Blanc.
- 1) Plus grande disponibilité ou un plus grand nombre d'anesthésistes, 2) Débuter la chirurgie à 8h00. Etre plus rapide à endormir les patients et perdre moins de temps entre les cas.



-Une compréhension plus grande quant à notre disponibilité et à notre clientèle. Ils ont plus facilement une attitude de fonctionnaire, «8 à 5». Si tu n'es pas libre pour faire l'intervention avant une certaine heure et que leur «journée» est terminée à 14h00, même si le personnel infirmier est présent de toute façon jusqu'à 16h00, la majorité d'entre eux vont quitter immédiatement. Je finirai par opérer mon patient beaucoup plus tard, en urgence ou bien simplement l'intervention sera remise un autre jour. Nous avons souvent des contretemps au bureau, à la visite de patients à l'hôpital, lors de consultation à l'urgence, lorsque nous attendons pour la salle d'opération etc. Les anesthésistes refusent d'attendre un chirurgien.

-Deux anesthésistes à temps plein serait une bénédiction pour notre milieu. Notre liste d'attente est plus que six mois secondaire au manque d'anesthésistes. Ceux-ci préfèrent travailler en groupe de 8-12 avec gardes 1 sem./6 plutôt que travailler dans un milieu comme le nôtre où ils seraient de garde 1 sem./2 avec un salaire similaire... Je ne vois pas de solution à court terme à moins de produire tellement d'anesthésistes qu'ils seront comme des chauffeurs de taxi cherchant des clients....

-S'impliquer davantage dans les soins post-opératoires (soins intensifs).

-Augmenter le nombre d'anesthésistes à temps plein et avec plus de disponibilité.

-Installation pré-op. pourrait parfois être moins élaborée ce qui accélérerait la rotation des cas. Le «turn over» pourrait également être plus rapide.

-Disponibilité meilleure. Compréhension des problèmes de temps opératoire, des urgences chirurgicales. Meilleure écoute. Capacité d'accepter les commentaires avec humilité.

-Les points majeurs sont surtout administratifs dans les CHU où la qualité individuelle est bonne. L'élément principal est le mode de rémunération à l'heure plutôt qu'à l'acte qui est responsable de délais et durées injustifiables nécessitant des coûts exorbitants : infirmières à temps double, cas remis, etc.. Correction : rémunération à l'acte. Question de personnalité : les fauteurs de trouble sont souvent supportés de façon indue par le groupe à tout pour tous. Correction : les anesthésistes devraient faire partie du département de chirurgie.

-Plus d'interactions scientifiques. Il y a une certaine tendance de la part des anesthésistes à s'isoler comme groupe.

-L'arrivée prochaine de 4 jeunes anesthésistes.

-Les réintégrer dans les départements de chirurgie. En participant aux activités du département de chirurgie ils s'intégreront mieux.

-En général, le département d'anesthésie organise ses propres réunions départementales et ne participe pas aux réunions du dept. de chirurgie qui lui réunit la plupart des spécialités chirurgicales sauf l'obstétrique qui est un département à part. Des réunions conjointes sur des sujets d'intérêt commun seraient sûrement bénéfiques pour tout le monde et surtout pour le bien des patients.

-Etant une denrée rare et recherchée (il y a trop peu d'anesthésistes) et par conséquent travaillant beaucoup, ils exercent une sorte de monopole. Ils décident. Le chirurgien n'a plus droit au chapitre et ayant besoin d'un anesthésiste pour gagner sa vie le meilleur choix qu'il ait à faire est de se taire et.... d'attendre pour pouvoir faire son cas à opérer. Le système de santé est coupable car POURRI. Exemple : Après 16 heures, commencent, dans une seule salle (pas d'argent), les urgences de la journée, une à une, en fonction des entrées. Ainsi il peut y avoir 2 hanches fracturées, une occlusion intestinale, une thrombose artérielle qui attendent à la suite; l'appendicite de 10hres du matin va passer après c'est-à-dire vers 3 hres du matin (très réjouissant pour le patient et le chirurgien de garde aussi...) et encore.... Car l'anesthésiste s'il est trop fatigué (et ça se comprend) arrête à minuit. S'il continue, il ne travaille pas le lendemain, d'où perte d'une salle d'op. car électifs à annuler. Bref : un vrai BORDEL

-Plus grand dialogue et salle à café commune.

-Moyenne et grosse fluctuation individuelle d'après les individus. La plupart des individus sont OK (4 sur 5), mais certains pourraient avoir une meilleure productivité (+ ponctuel, + rapide, + efficace, + désireux de faire + de cas) 1 sur 5.

-Davantage de temps opératoire par chirurgien serait le bonheur parfait ici à Chicoutimi.

-Augmenter le nombre d'anesthésistes.

-Rajeunir (1 de 74 ans – 1 de 68 ans – 1 de 64 ans – sur 5 anesthésistes!). NDRL : Ce chirurgien a 56 ans.

-Surtout pas les plans de pratique.

-La qualité des services offerts par les anesthésistes est excellente. Pour maintenir l'excellence des services, un 5<sup>e</sup> anesthésiste serait souhaitable puisqu'il y a 14 chirurgiens de toute spécialité sur place.

-Qu'ils et qu'elles soient là pour le bien-être des patients et non pas pour leurs revenus et leur qualité de vie. Ils annulent des cas sans aucune considération pour le type de cas ou le patient. Ils ferment les salles d'op. pour vacances (semaine de neige) ou congrès sans se soucier si nous voulons travailler ou si les patients en souffrent. N'ayant pas à se faire

de clientèle, ils tiennent la nôtre en otage et n'ont aucun respect pour les chirurgiens, les responsabilités médicales que nous avons, ni les implications légales que leur conduite nous impose. Leur critère pour prioriser les cas se retrouve dans le livre des tarifs sous la rubrique des unités cf orthopédie ou neurochirurgie versus la chirurgie du sein.

-Collaboration anesthésistes-chirurgiens. Gérance conjointe de salle. Discussion des urgences et ordre de chirurgie logique. Avoir un directeur de salle d'op. impartial, logique, juste et efficace... au lieu d'un groupe d'infirmières influencées par les anesthésistes.

-Un service plus personnalisé pour chaque patient => Il faut négocier chaque jour sinon plusieurs fois par jour avec un anesthésiste différent pour le même patient.

-1) L'ouverture à la discussion et à la critique entre pairs. 2) Réunions conjointes de morbidité-mortalité. 3) Présence accrue à la salle d'opération et accepter de temps en temps des légers contretemps à leur routine. Exemple=> Terminer 15-30 minutes plus tard que prévu.

-Une discussion avec le chirurgien traitant sur le malade.

-Plus d'anesthésistes.

-L'augmentation du budget de la salle d'opération permettrait plus de temps opératoire et plus de liberté pour la planification des cas semi-urgents.

-Parfois augmenter la vitesse entre les cas et pour l'installation du monitoring invasif et péridural qui ne sont pas toujours indispensables.

-Qu'ils aient eux aussi la notion de patients i.e. un suivi avant-après l'étape «anesthésie propre» ils comprendraient peut-être.....

-Une plus grande disponibilité et plus de compréhension si cédule prolongée.

-Présence accrue en salle.

-1) plus nombreux, 2) plus de responsabilité face au patient en pré et post-op donc une plus grande implication pour qu'ils se sentent plus inclus dans le traitement.

-La mise sur pied de réunions conjointes pour discussion des problèmes serait bien en vue. Qui fait quoi et qui décide dans les situations douteuses. Le poste de coordonnateur du bloc opératoire semble avoir réduit les tensions qui peuvent exister dans une salle d'opération.

-Une formation complète en anesthésie serait évidemment l'idéal-Cependant leurs expériences, leurs intérêts & le souci d'amélioration font en sorte que je suis très confortable de travailler avec eux.

- Une meilleure concertation entre les anesthésistes et les chirurgiens au point de vue de l'horaire de travail.
- Des incitatives à l'efficacité voir maximiser le nombre de cas quand ils ne sont pas «lourds». Cependant, quand les cas sont lourds nous avons rarement besoin d'intervenir car l'expertise est adéquate. NB : Ma pratique demande régulièrement de soigner des cas «lourds» (orthopédie-oncologie).
- Augmenter le nombre d'anesthésistes. Rémunération à l'acte sans pool.
- Très bon service à l'heure actuelle.
- Il faudrait qu'ils soient rémunérés sur la même base que les chirurgiens c'est-à-dire : tarif au cas et non pas au tarif horaire.
- Ouverture d'esprit sur nos besoins et ceux de nos patients.
- Un des anesthésistes n'est pas certifié- il devrait continuer sa formation.
- Avant tout, augmenter le nombre d'anesthésistes et augmenter leurs connaissances en obstétrique.
- Ce qui contribue à améliorer les services, c'est quand les anesthésistes ne sont pas dans un «pool» d'honoraires.
- La destruction de leur «pool» de revenus.
- Nous avons déjà une excellente qualité d'anesthésistes et les améliorations à apporter ne seraient que mineures. Nos rapports professionnels avec eux sont aussi très corrects.
- Augmenter le nombre d'anesthésistes.
- Très satisfait des services qu'ils nous fournissent.
- Les anesthésistes ne sont pas assez nombreux et pas assez payés et n'ont pas assez de techniciens (tout comme les chirurgiens). Augmenter le nombre d'anesthésistes. Ajuster leur rémunération avec «incentives». Les aider avec des techniciens.
- Le suivi post-op d'analgésie devrait être fait par le même anesthésiste.
- D'avoir un nombre d'anesthésistes suffisant.
- Les «gardes» des anesthésistes sont éprouvantes et requièrent des arrêts de travail...
- Surtout une plus grande disponibilité. Les conditions de pratique adoptées font en sorte qu'il en résulte une pénurie d'anesthésistes (réelle ou fictive?) qui met en péril plusieurs programmes chirurgicaux.

-Plus de réunions interdépartementales.

-Surtout augmenter leur nombre, car moins de garde donc qualité supérieure de la performance.

-Augmentation des effectifs médicaux en anesthésie. Abolition des mesures financières désincitatives (i.e. plafonnement des revenus, Règle du 70%). Augmentation de la disponibilité des techniciens en anesthésie. Valorisation de la pratique professionnelle par développement de programmes de contrôle de la douleur et implication dans l'évaluation pré-opératoire.

-Plus d'uniformité dans la performance nous permettrait de mieux pouvoir planifier la journée sans avoir à finir trop tôt ou au contraire avoir à annuler des cas en raison d'un «turn over» variable.

-Réunions conjointes.

-Rien tant que le système actuel est en fonction et que l'anesthésiste ne réalise pas qu'il ne fait aucun effort pour recruter un patient.

-Je vais vous dire qu'en général et en particulier je considère que les anesthésistes de St-Sacrement sont excellents.

-1) Vouloir collaborer de bonne foi avec les chirurgiens, 2) Se débarrasser d'une sorte de complexe qu'ils semblent éprouver vis-à-vis des chirurgiens, 3) Contribuer au fonctionnement efficace du bloc opératoire.

-Je suis satisfait de l'état actuel.

-S'ils étaient tous(tes) payé(e)s à l'acte et non un certain nombre en «pool» et un autre à l'acte.

-Un nombre d'anesthésistes suffisants. Accepter que si la qualité de vie en anesthésie est primordiale que les revenus soient peut-être moindres. Dans le moment les anesthésistes veulent une qualité de vie relaxe (congrès-week end-finir tôt) et être nombreux mais ils veulent en même temps faire le salaire plafond!! Là il y a problème.

-Etre plus nombreux, faire plus de recrutement (même si le nouvel anesthésiste n'a pas de fellowship). Ne pas négocier ad nauseam du degré d'urgence d'un cas de soir ou de nuit quand le chirurgien a posé l'indication opératoire et le temps d'attente limite.

-Je suis tout à fait satisfait des services anesthésiques fournis dans le centre hospitalier où je travaille.

-D'autres membres additionnels et une clinique de la douleur.

-Un seul anesthésiste dans le groupe des 8 est un peu plus lent et parfois un peu trop lent. Pour le reste tout est correct.

-Présence dans la salle d'opération pendant les cas au lieu de prendre du café au salon ou de faire des infiltrations ou des pré-op. Accepter plus facilement qu'un patient n'est pas soulagé par une péridurale et changer de type d'analgésie au lieu de s'entêter et de laisser souffrir le patient.

-La sécurité de (**mot illisible**) son travail dans un climat ordonné, clair, et encourageant (répondant #3).

-Augmentation des priorités opératoires disponibles.

-Ponctualité. Faire vite et bien. Flexibilité et motivation : pour beaucoup d'entre eux, abattre le travail d'une journée semble être un fardeau.

-ABSENTÉISME DE LA SALLE est un problème sérieux. Il doit être appelé pour donner héparine, clampage aorte, ventiler à 1 poumon, etc. Parfois difficile à rejoindre dans le bloc opératoire... L'ajout d'inhalothérapeutes est tout à fait exagéré et non nécessaire. Pas dans notre centre. Certains (CH Gatineau) ont même fait installer un téléphone sur leur machine à anesthésie pour que l'inhalothérapeute puisse les appeler à la salle de café. «Le ridicule» ne tue pas!!

-Avoir ou donner l'impression que leur travail est pour le patient et non pour le chirurgien.

-Le service est très bon dans l'ensemble.

-Tout comme certains chirurgiens, je crois que certains cas devraient être faits par un groupe restreint d'anesthésistes; ce qui leur permettrait une plus grande efficacité.

-Une plus grande disponibilité.

-Réunions régulières trimestrielles entre tous les chirurgiens et tous les anesthésistes pour ventiler la frustration des deux côtés. Les fermetures de salles d'opération et les restrictions sévères ont beaucoup miné le moral.

-Améliorer les contacts avec les patients qu'ils doivent soulager. Ils n'ont des contacts qu'avec des patients qui dorment. Et pour les épidurales en obstétrique uniquement durant le temps qu'ils consacrent à pratiquer l'épidurale soit durant 3 à 5 contractions. Ne pas considérer les confrères comme complètement inculte en matière d'analgésie et favoriser les échanges et la discussion.

-ESSAYER DE COMPRENDRE un peu le problème du chirurgien qui doit courir d'un bureau à une clinique pour faire venir des patients de différents coins de la ville.

ESSAYER d'être ponctuel. LAISSER tomber le complexe de SUPÉRIORITÉ ou infériorité et essayer de travailler en équipe et non en adversaire avec les chirurgiens.

-Peut-être plus de présence pendant la chirurgie.