

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

THÈSE PRÉSENTÉE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
MAXIME GAGNON

SATISFACTION ET AUTONOMISATION DES PERSONNES
ÂGÉES FACE AUX SOINS ET SERVICES DE SANTÉ :
INSTRUMENTS DE MESURE ET VARIABLES ASSOCIÉES

JUILLET 2004

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Ce document est rédigé sous la forme d'articles scientifiques, tel qu'il est stipulé dans les règlements des études de cycles supérieurs (art. 16.4) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Les articles ont été rédigés selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie. Le nom du directeur de recherche pourrait donc apparaître comme co-auteur des articles soumis pour publication.

À Camille, Aurélie et Annie...

Sommaire

La présente étude doctorale s'inscrit dans un Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie (PRISMA). L'échantillon à l'étude est composé de 873 personnes âgées en perte d'autonomie. Cette thèse se compose de trois articles scientifiques. Les deux premiers articles portent sur le développement et la validation de questionnaires mesurant le niveau de satisfaction et d'« empowerment », terme qui réfère à l'autonomisation, face aux soins et services de santé. Le dernier article porte sur l'identification des déterminants de la satisfaction et de l'autonomisation face aux soins et services de santé.

L'analyse des données permet de conclure que les questionnaires possèdent de bonnes qualités métrologiques. Les résultats d'analyses factorielles démontrent l'aspect multidimensionnel des instruments. Le construit de satisfaction est déterminé par trois facteurs distincts, soit la satisfaction face à la relation avec l'intervenant, la satisfaction face à la prestation des services et la satisfaction face à l'organisation des services. Ces trois facteurs expliquent plus de 52 % de la variance totale. Le concept d'autonomisation est également circonscrit par trois dimensions, soit le niveau de contrôle face aux soins et services de santé, l'implication dans l'interaction avec le professionnel de la

santé et l'implication dans le processus décisionnel face aux soins et services de santé reçus. Ces trois dimensions expliquent quant à elles plus de 68 % de la variance totale. Des études de validité de construit ont également été concluantes.

En ce qui concerne la fidélité des instruments, l'analyse de la cohérence interne de l'instrument de satisfaction démontre des coefficients alpha de Cronbach de 0,93, 0,74 et 0,78 pour les facteurs 1, 2 et 3 respectivement. Pour l'échelle globale, ce coefficient s'élève à 0,92. Les analyses, pour l'instrument d'autonomisation, permettent de constater des coefficients alpha de 0,79, 0,79 et 0,89 pour les facteurs 1, 2 et 3 respectivement. L'alpha de l'échelle globale se situe quant à lui à 0,83.

La stabilité temporelle des deux instruments a été assurée par une étude test-retest auprès de 38 sujets. L'intervalle de temps entre les deux passations était d'environ 16 jours. Les coefficients de corrélations intraclasses (Lord & Novick, 1965) pour les trois facteurs de la mesure de la satisfaction furent de 0,79 (IC 95 % : 0,63 - 0,89); 0,67 (IC 95 % : 0,45 - 0,81); 0,76 (IC 95 % : 0,58 - 0,87) et de 0,72 (IC 95 % : 0,52 - 0,84) pour l'ensemble des items. Les coefficients de corrélations intraclasses pour les trois facteurs de l'autonomisation furent, quant à eux, de 0,62 (IC 95 % : 0,37 - 0,78); 0,70 (IC 95

%, 0,49 - 0,83); 0,60 (IC 95 % : 0,38 - 0,77) et de 0,70 (IC 95 % : 0,48 - 0,83) pour l'échelle globale.

Les résultats de l'étude des déterminants de la satisfaction et de l'autonomisation démontrent que la scolarisation, le sexe du répondant et le niveau d'autonomie fonctionnelle n'ont pas d'effets significatifs alors que l'autoperception de sa santé s'avère être le facteur ayant le plus d'incidence pour les deux variables ($p = 0,001$). Par ailleurs, les personnes aux prises avec plusieurs problèmes de santé gênants présentent un niveau de satisfaction ($p < 0,001$) et d'autonomisation ($p = 0,008$) moins élevé tandis que celles qui cohabitent avec des membres de leur famille sont plus satisfaites ($p = 0,02$) et plus autonomisées ($p = 0,002$). Finalement, tel qu'anticipé, les concepts de satisfaction et d'autonomisation sont intimement reliés ($r = 0,61$; $p = 0,001$).

Table des matières

Sommaire	IV
Liste des tableaux.....	IX
Liste des figures	X
Remerciements	XI
Introduction.....	1
Chapitre 1. L'intégration des services de santé.....	11
Les réseaux intégrés	12
Les éléments constitutifs des réseaux intégrés	17
L'expérience des réseaux intégrés au Québec	21
Le modèle SIPA (Services Intégrés aux Personnes Âgées).....	22
Le modèle des Bois-Francis.....	23
Chapitre 2. La satisfaction	29
La conceptualisation de la satisfaction	30
La conceptualisation de la satisfaction dans le domaine de la santé	34
Les limites méthodologiques des mesures de satisfaction	39
Les instruments de mesure de la satisfaction.....	42
La méthode d'évaluation des instruments de mesure	43
L'analyse des questionnaires	47
Les déterminants de la satisfaction chez la personne âgée	74
Chapitre 3. L'autonomisation	80
Le concept d'autonomisation	82
L'autonomisation et la notion de contrôle	87
L'autonomisation et la santé.....	93
L'autonomisation, la notion de contrôle et la santé.....	96
L'autonomisation et l'intervention	100
La perception de contrôle, le désir de contrôle et l'autonomisation	103
Les questionnaires de l'autonomisation.....	105
Les objectifs de recherche.....	110
Chapitre 4. Article 1	113

Development of an instrument to measure satisfaction with health care and services and validation in an elderly population: The Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ)	114
Chapitre 5. Article 2	151
Development of an instrument to measure empowerment with health care and services and validation in an elderly population: The Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ)	152
Chapitre 6. Article 3	180
Determinants of satisfaction and empowerment in the very old	181
Conclusion.....	210
L'importance de la mesure de satisfaction	212
La satisfaction des usagers comme moteur de changement.....	214
Les limites à l'évaluation de la satisfaction des usagers.....	216
L'importance de la mesure de l'autonomisation	221
Le lien entre la satisfaction et l'autonomisation	226
Références	230

Liste des tableaux

Tableau

1	Distribution des personnes âgées, par groupe et au total, selon la présence d'au moins un problème d'insatisfaction soulevé au temps 0 et au temps 1 de l'étude, au total et pour l'ensemble des dimensions de la grille de satisfaction et différences des proportions du temps 1 au temps 0.....	27
2	Composantes de la satisfaction face aux soins et services de santé.....	38
3	Évaluation des questionnaires de satisfaction.....	69
4	Qualités métrologiques des instruments de satisfaction.....	70

Liste des figures

Figure

1	Schéma des étapes de la recherche	10
2	Comparaison entre le niveau de contrôle du groupe contrôle et du groupe expérimental selon les temps d'observation.....	28
3	Paradigme de confirmation/non-confirmation des attentes.....	32
4	Paradigme de confirmation/non-confirmation des attentes modifiées	33

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de recherche, Mme Micheline Dubé, professeure à l'Université du Québec à Trois-Rivières, pour sa grande disponibilité, sa générosité, ses conseils ainsi que la souplesse dont elle a fait preuve tout au long de mes études doctorales. Je la remercie également pour l'attitude bienveillante dont elle a toujours fait preuve à mon égard et qui m'a donné la possibilité d'acquérir une expertise dans l'enseignement. Je tiens également à remercier l'ensemble des membres du groupe de recherche PRISMA. Plus particulièrement, M. Michel Raïche pour son dévouement, Mme Anne Veil pour sa présence constante, sa rigueur et son écoute qui m'ont été plus que précieuses ainsi que Mme Marie-France Dubois pour le support judicieux tant au niveau statistique que conceptuel. Ce projet n'aurait pu être concrétisé sans le soutien financier du centre de recherche sur le vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Je tiens finalement à exprimer toute ma gratitude et ma reconnaissance à mon co-directeur, M. Réjean Hébert, professeur à la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke, avec qui je travaille depuis maintenant plus de 7 ans. Mon étroite collaboration avec M. Réjean Hébert a profondément marqué mon orientation professionnelle mais également ma vision du domaine de la recherche. Il a su me communiquer sa passion et m'inspirer des qualités humaines telles que le respect et la considération des gens avec qui l'on travaille et la conviction profonde de pouvoir améliorer la qualité de vie des personnes âgées. Ceci est pour moi une richesse qui va bien au-delà de la pratique professionnelle...

Introduction

Le nombre de personnes âgées au Québec et au Canada a considérablement augmenté depuis les 20 dernières années. À la fin des années 70, les individus âgés de plus de 65 ans représentaient 8,2 % de la population alors qu'en 1990 ce taux était de 11 % (Santé et bien-être social Canada, 1993). Le nombre de personnes très âgées (85 ans et plus) est également notable, puisqu'en 2021 cette population se sera accrue de 150 % (Institut de la Statistique du Québec, ISQ, 1998). Ce bouleversement de la configuration démographique s'explique en grande partie par l'augmentation de l'espérance de vie à la naissance qui atteint 81,5 ans chez les femmes et 75,2 ans chez les hommes (ISQ, 2001). Selon l'ISQ, les personnes âgées consomment plus de 40 % des services reliés à la santé alors qu'elles représentent 12 % de la population. Elles sont également hospitalisées 3,2 fois plus souvent (25,2 % vs 7,8 %) que le reste des individus (ISQ, 2001). Force est de constater l'impact majeur que le vieillissement démographique entraîne sur l'utilisation des services de santé.

Cette nouvelle réalité a nécessité le développement de plusieurs services gériatriques afin de répondre aux besoins de l'ensemble des personnes âgées et plus spécifiquement celles aux prises avec une diminution de leur autonomie fonctionnelle. L'incidence de perte d'autonomie est particulièrement marquée chez les personnes de plus de 75 ans avec un taux de 11,9 % annuellement

(Hébert, Brayne, & Spiegelhalter, 1997). Les services mis en place portent autant sur l'évaluation de situations aiguës (unité de courte durée gériatrique, consultations externes gériatriques) et sur l'atténuation des incapacités (centre de jour, maintien à domicile, distribution de repas, services d'aide bénévole, etc.) que sur la réadaptation fonctionnelle (unité de réadaptation intensive gériatrique, hôpital de jour) (Hébert, 2001). Or, la complexification des interventions, dispensées conjuguée à la multiplicité des intervenants impliqués dans un épisode de soins, entraîne souvent des problèmes de continuité au niveau des soins et des services offerts. Plusieurs exemples viennent en témoigner : la présence de multiples portes d'entrée, la prestation de services conditionnée par la ressource sollicitée plutôt que par le besoin de l'utilisateur, l'absence d'intégration des services de maintien à domicile et des services hospitaliers, la multiplicité des évaluations redondantes des clientèles sans outil de mesure standardisé, l'utilisation inappropriée de ressources coûteuses (ex.: hôpitaux, services d'urgence), les délais dans l'obtention des services, la transmission inadéquate d'information et la réponse parcellaire aux besoins (Bolduc & Trahan 1988; Garant & Bolduc, 1990; Hébert, 1997; Joubert, Laberge, Fortin, Paradis, & Desbiens, 1991; Tourigny, Côté, Laberge, Paradis, & Joubert, 1993; Tourigny, Gagnon, Miller-Stryckman, Bergeron, Paradis, & Thomassin, 1996; Trahan, 1989). Dans un contexte de rareté de ressources et devant la perspective d'un accroissement de la demande de services, il est

essentiel de veiller à ce que les services répondent aux besoins des usagers tout en préservant la qualité des soins dispensés en favorisant l'intégration de l'ensemble des services (Hébert, 2001).

Depuis près de deux décennies, l'un des indicateurs reconnus de la qualité des soins et des services de santé est le niveau de satisfaction des usagers. Le nombre de publications de nature empirique et théorique sur le sujet reflète bien cette tendance (Aharony & Strasser, 1993; Eisenberg, 1997; Hall & Dornan, 1988). Cette préoccupation croissante a nécessité l'élaboration de méthodes d'évaluation permettant de quantifier la satisfaction et de poser un regard critique face aux divers programmes de santé existants. Cette démarche est notamment précieuse pour l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé et des services sociaux, mais également pour épauler les gestionnaires et les décideurs dans leurs efforts d'amélioration continue des soins. Par ailleurs, si une telle démarche a le mérite de souligner le lien indissociable entre la réorganisation de la gestion des soins de santé et l'évaluation de la satisfaction, elle privilégie le recours à l'opinion de l'utilisateur, et ce, pour plusieurs raisons : 1) Les usagers peuvent se prononcer sur une nouvelle gamme de services de base. Leurs opinions permettent alors d'identifier leurs attentes et de valider les orientations envisagées par les décideurs. 2) Les usagers peuvent être consultés à l'occasion de l'élaboration

d'un nouveau projet ou d'une réorganisation des services de santé. Leurs opinions contribuent à bonifier les composantes du projet ou la réorganisation des services et aident à cibler des priorités d'action comblant leurs besoins de façon adéquate. 3) Au-delà de la consultation des usagers pour la définition d'orientations stratégiques à court ou moyen terme, la perspective des usagers peut être utile pour l'amélioration continue de la qualité des services. Pour ce faire, l'approche optimale est d'assurer une certaine pérennité des évaluations de satisfaction face aux soins et services de santé reçus en permettant une intégration continue de la position des usagers dans la gestion et la réorganisation des services de santé.

Plusieurs études ont été menées afin d'établir le niveau de satisfaction des patients à l'égard des soins et des services de santé (Aharony & Strasser; 1993; Eisenberg, 1997). Toutefois, la plupart d'entre elles ont été effectuées auprès de populations caractérisées par des problématiques de santé bien précises ou qui fréquentaient des services de santé spécifiques (Geron et al., 2000). Or, la nouvelle configuration du système de santé impose d'élargir l'étude de la satisfaction à l'ensemble des usagers. En effet, l'implantation d'un modèle favorisant l'intégration des services de santé est un contexte particulier qui nécessite de reconsidérer la mesure de la satisfaction afin qu'elle rende compte

avec pertinence des impacts de cette modélisation novatrice sur le niveau de satisfaction.

Pour la communauté scientifique, il est également nécessaire de se doter d'un nouvel outil de satisfaction qui repose sur des bases théoriques actualisées de la notion de satisfaction. La majorité des études effectuées à ce jour ont eu recours à des instruments qui présentaient à la fois des lacunes théoriques et méthodologiques. Par exemple, si l'élaboration de plusieurs questionnaires se fonde sur des dimensions de satisfaction généralement reconnues (Ware, Davies-Avery, & Stewart, 1978), très peu présentent une définition claire et opérationnalisée de la satisfaction (Maciejewski, Kawiecki, & Rockwood, 1997). De plus, les résultats rapportés plafonnent à des niveaux très élevés (Avis, Bond, & Arthur, 1995; Carr-Hill, 1992;) induisant une certaine ambiguïté sur les causes de ce degré de satisfaction. La question demeure entière : est-ce la résultante d'un biais conceptuel ou méthodologique ou encore l'opinion véritable du patient face aux soins et services de santé ?

Du point de vue du patient, le niveau de satisfaction s'avère aussi important puisqu'en lien avec des changements comportementaux qui favorisent une responsabilisation et conséquemment une amélioration de l'état de santé. On retrouve, parmi ces changements, l'assiduité aux rendez-vous, l'observance des

recommandations et des traitements prescrits et la fidélisation du patient envers son médecin assurant ainsi une continuité des soins (Newcomer, Preston, & Harrington, 1996; Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo, & Kravitz, 1992; Steiber & Krowinski, 1990; Weingarten et al., 1995).

Parallèlement à la mesure de la satisfaction, le concept d' « empowerment » qui réfère à la notion francisée d'autonomisation, dans un contexte de soins où la responsabilisation du patient est mise de l'avant, devient un complément d'information appréciable. Historiquement, cette nouvelle condition possible, celle de « s'autonomiser », a conduit à certaines réformes sociales ainsi qu'au développement de méthodes d'interventions spécifiques dans le domaine de la psychologie et des services de protection de la jeunesse (Simon, 1994). Toutefois, ce n'est que récemment que les décideurs, gestionnaires et cliniciens du domaine de la santé ont reconnu l'importance du patient dans son processus de guérison ou de maintien de son état de santé. Avec l'augmentation des services de soins dispensés à domicile, l'autonomisation du patient s'avère de plus en plus déterminante pour une responsabilisation face à son bien-être physique et psychologique. La maximisation de l'intervention repose désormais non seulement sur l'adéquation des diagnostics et des actes médicaux, mais également sur l'investigation des dispositions individuelles du patient à assumer

et à assurer de façon optimale sa convalescence ou du moins à maintenir son autonomie et son état de santé.

Que ce soit pour des raisons conceptuelles ou méthodologiques, il ne semble pas que nous disposions, à ce jour, d'instruments permettant de mesurer rigoureusement le degré de satisfaction et d'autonomisation à l'égard des soins et des services de santé dans un contexte d'intégration des services. Ce travail d'élaboration et de validation apparaît essentiel afin de produire des résultats qui pourront être interprétés avec plus de justesse et qui permettront conséquemment de modifier de façon éclairée les pratiques actuelles et de rencontrer les attentes des patients.

Cette thèse, rédigée sous forme d'articles, s'inscrit à l'intérieur d'un Programme de Recherche beaucoup plus vaste portant sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie (PRISMA). Ce programme comprend deux démarches d'évaluation complémentaires. La première démarche est celle de l'évaluation de l'implantation et du fonctionnement des réseaux intégrés (RI) et la seconde consiste en l'évaluation de l'impact. Le présent projet doctoral contribue à cette seconde évaluation en mesurant l'influence des RI sur le degré de satisfaction et d'autonomisation des patients âgés. Pour ce faire, la thèse s'articulera autour de trois études distinctes. La première étude portera sur

l'élaboration des instruments de mesure. L'objectif de cette étude est d'identifier les biais méthodologiques soulignés dans la littérature, de conceptualiser la notion de satisfaction et d'autonomisation, d'élaborer les instruments de mesure et de les prétester. La deuxième étude aura pour objectif d'évaluer les qualités métrologiques en établissant la validité et la fidélité des questionnaires. Finalement, la troisième étude, qui sera de type transversal, permettra d'identifier les aspects qui déterminent le degré de satisfaction et d'autonomisation chez les personnes âgées participant à ce programme de recherche. Le schéma illustré à la figure 1 résume les étapes de la recherche.

Le chapitre 1 présente les divers éléments constitutifs d'un réseau intégré de soins et services de santé. Ce chapitre permet de circonscrire le contexte à partir duquel les instruments ont été développés et validés. La synthèse de la documentation est présentée par la suite en deux chapitres distincts. Le chapitre 2 porte sur la satisfaction face aux soins et services de santé et le chapitre 3 sur l'autonomisation. Chacun d'eux traite de la conceptualisation des notions de satisfaction et d'autonomisation, de l'analyse des instruments qui mesurent ces concepts ainsi que de l'identification de leurs déterminants. Suivrons les articles relatifs à ces études ainsi qu'une conclusion permettant d'apprécier la complémentarité des sujets traités. La figure 1 synthétise les différentes étapes réalisées lors des trois études.

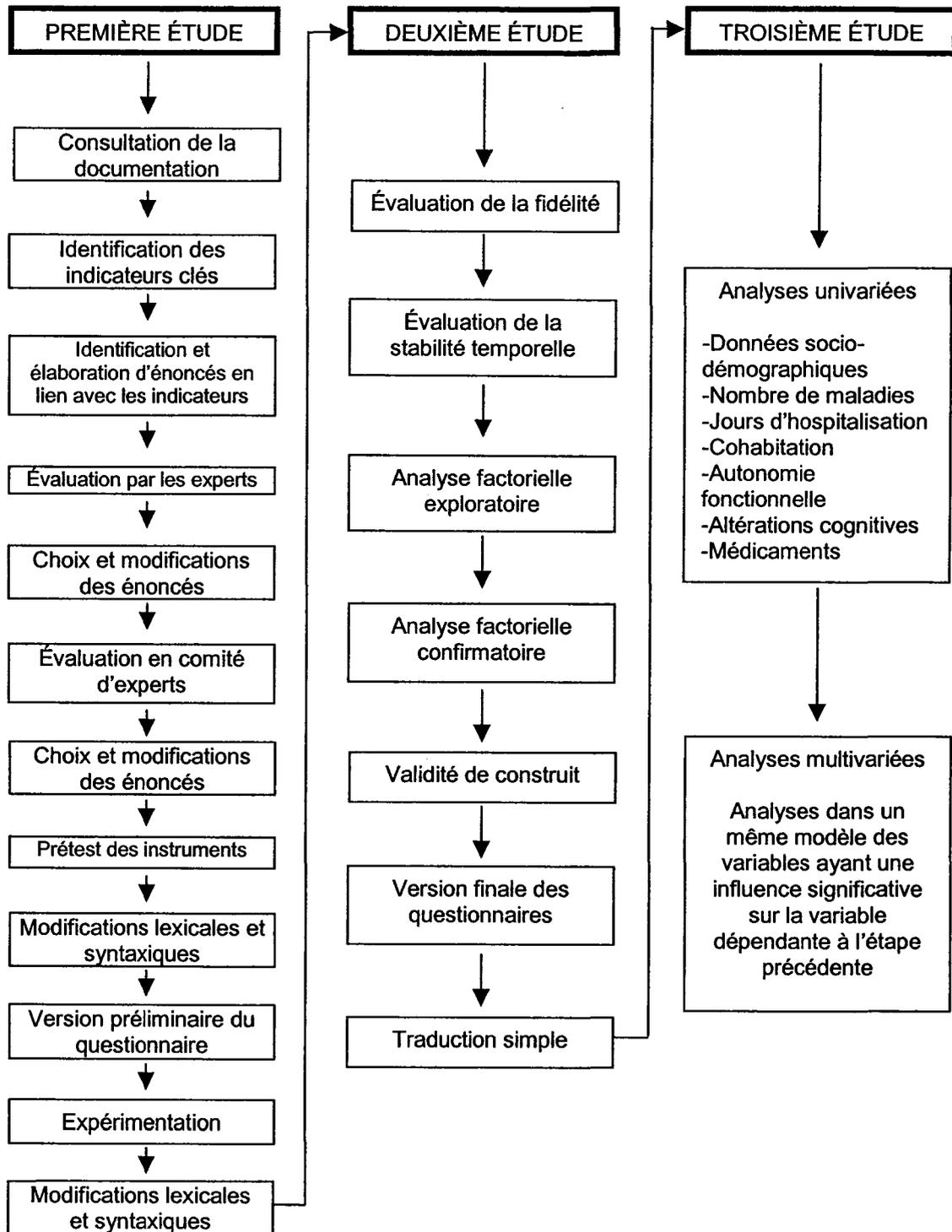


Figure 1. Schéma des étapes de la recherche.

Chapitre 1

L'intégration des services de santé

Ce premier chapitre a pour objectif de présenter globalement ce que comporte l'intégration des services de santé destinés à une population de personnes âgées en perte d'autonomie tel que modélisée à l'intérieur du programme de recherche PRISMA (Programme de Recherche sur l'Intégration des Services pour le Maintien de l'Autonomie) et plus spécifiquement à définir chacun des constituants de ce modèle. Par ailleurs, deux expériences québécoises de réseaux intégrés et leur influence sur le niveau de satisfaction et d'autonomisation seront abordées en fin de section.

Les réseaux intégrés

Depuis quelques années, les services de santé pour les personnes âgées se sont complexifiés, ce qui a entraîné certains problèmes dans leur organisation. Durant les années 70, l'augmentation du nombre de places en soins de longue durée et du nombre de prestations offertes par les services communautaires a été préconisée comme solution palliative à la forte ascension démographique des personnes de plus de 65 ans. Dix ans plus tard, en raison de la multiplication rapide des services axés sur les besoins des personnes âgées, de l'augmentation des coûts et de l'utilisation des lits de soins de courte durée par des personnes âgées en attente de placement en CHSLD ou de leur congé, la coordination de l'ensemble des soins et services de santé s'est avérée au cœur

des préoccupations de l'ensemble des décideurs. L'un des moyens envisagés pour contrer ce problème de continuité fut l'intégration des différents services de santé. Plusieurs modèles de réseaux intégrés ont déjà été élaborés dans différents pays selon les particularités de leur système de santé. La plupart d'entre eux se fondent sur les travaux de Shortell qui définit un réseau intégré comme étant : « un réseau d'organisations qui fournissent ou assurent la prestation d'un continuum de services à une population définie et qui acceptent la responsabilité clinique et financière des résultats comme l'état de santé de la population desservie » (Shortell, Gillies, Anderson, Erickson, & Mitchell, 2000).

L'intégration des services fait également référence à une coordination optimisée entre les différents programmes et structures existants (hôpital de soins de courte durée, services gériatriques et de réadaptation, maintien à domicile des CLSC, organisations communautaires, institutions d'hébergement) afin de fournir aux personnes âgées des services répondant à leurs besoins, et ce, sans duplication (Hébert, 2001).

PRISMA propose une solution alternative novatrice et unique d'organisation des services de santé afin d'optimiser la continuité de ces services et de répondre adéquatement aux besoins de la clientèle âgée en perte d'autonomie. Le modèle PRISMA se veut la seule option connue à ce jour aux modèles

d'intégration complète ayant déjà fait l'objet de plusieurs projets de démonstration aux Etats-Unis (PACE) et ailleurs au Canada (SIPA et CHOICE). L'intégration complète implique qu'une seule organisation est responsable de l'ensemble des services nécessaires à sa clientèle. Ces derniers programmes sont constitués autour de Centre de jours ou de services de maintien à domicile où sont basés les membres de l'équipe multidisciplinaire qui évaluent et traitent les clients. Le modèle PRISMA a l'avantage d'être imbriqué au système de santé et de services sociaux existants en établissant des mécanismes de coordination entre l'ensemble des organismes publics (CLSC, hôpitaux, institutions d'hébergement), privés (médecins, pharmaciens, résidences d'hébergement, entreprises d'économie sociale) et bénévoles aux plans local et régional. Il s'applique donc mieux au système de santé public et universel canadien et n'exige pas de changement majeur dans la gouvernance et le financement du réseau (Hébert, 2001). Six éléments caractérisent ce modèle : la coordination interétablissements, une porte d'entrée unique, la gestion de cas, les plans de services individualisés (PSI), un outil unique d'évaluation couplé à un système de classification des besoins et un système d'information continue (Hébert, 2001).

Certains chercheurs ajoutent un septième élément, soit le financement par capitation qui est à la base des modèles d'intégrations complètes. Selon

Bergman et al. (1997), les propositions actuelles des systèmes par capitation vont au-delà de la simple rémunération des médecins et touchent la méthode d'affectation de l'allocation des ressources. Les caractéristiques fondamentales d'un système de soins et de services intégrés qui s'appuie sur la capitation sont les suivantes : 1) la responsabilité d'offrir une gamme de services définis, y compris les soins médicaux de première et de deuxième ligne; 2) la responsabilité de fournir ces services à une population donnée ou à des bénéficiaires inscrits; 3) un certain niveau de concurrence qui s'exerce, soit relativement au recrutement de la population cible, soit entre les fournisseurs des services contractuels et finalement le pré-paiement sous forme de capitation qui s'établit sur la base du nombre de bénéficiaires inscrits, ce qui implique la responsabilité de toute la gamme des soins et services utilisés par ces personnes. Bien que cette façon de faire ait certains avantages tels que favoriser l'imputabilité des personnes et institutions impliquées dans la prestation des services de santé ainsi que le développement de modes de pratiques professionnelles axées sur une prise en charge globale, cet élément est exclu du présent modèle (PRISMA). Berwick (1996) souligne que la capitation n'est jamais le seul facteur qui détermine le modèle des soins puisqu'il faut tenir compte de la configuration du système, du rapport au risque, des normes culturelles ainsi que des méthodes utilisées pour essayer d'influencer et de déterminer le comportement des médecins.

Or, dans le contexte sociosanitaire québécois actuel, qui offre une couverture universelle et gratuite, son application représenterait un changement trop important. Par ailleurs, certains désavantages d'un tel mode de financement ont été soulevés. En effet, les systèmes de soins par capitation sont aussi associés à des effets pervers puisque souvent en lien avec un contexte de soins axé sur les marchés et le profit qui peut conduire à une offre inférieure à la demande, une piètre qualité des soins, une microgestion des décisions médicales, une sélection des patients, des coûts de gestion élevés et des profits faramineux pour les entreprises et leurs dirigeants (Villeneuve, 1997).

Les prochaines sections présenteront de façon plus détaillée chacun des éléments impliqués dans le modèle développé par PRISMA ainsi que certains résultats découlant d'expériences d'intégration de services de santé ayant été menées au Québec.

Les éléments constitutifs des réseaux intégrés

La coordination interétablissements

La coordination entre les partenaires est l'élément de base d'un réseau intégré. Cette coordination doit s'établir à la fois aux niveaux stratégique (gouverne), tactique (gestion) et opérationnel (clinique). Le premier niveau implique la création d'une table de concertation dont l'objectif est de réunir les décideurs afin qu'ils s'accordent sur les politiques, les orientations et l'allocation des ressources à investir dans les réseaux intégrés. Le second niveau de coordination regroupe les représentants des divers services publics et communautaires qui ont pour mandat d'assurer un suivi sur l'évolution des RI ainsi que sur les mécanismes de coordination mis en place. Le dernier niveau, dit opérationnel, est constitué par l'ensemble des acteurs du réseau dont la tâche est de déterminer, de concert avec le gestionnaire de cas, les services offerts et requis par les personnes âgées de façon à s'assurer que les soins dispensés sont adéquats.

Le guichet unique

Afin de faciliter l'accès aux différents services institutionnels et communautaires, un mécanisme d'accueil appelé « guichet unique » est mis en place. Ce mécanisme permet, après une brève évaluation des besoins (triage et repérage), de référer la personne âgée en perte d'autonomie à un gestionnaire de cas ou à une ressource appropriée selon la nature du problème. L'évaluation préliminaire des besoins se fait à l'aide du questionnaire PRISMA 7 permettant de repérer les personnes âgées en perte d'autonomie modérée à grave.

La gestion de cas

Le gestionnaire de cas a la responsabilité d'évaluer et de prendre en charge l'ensemble des besoins de la personne âgée en perte d'autonomie. Il planifie les services requis, il procède aux arrangements, aux inscriptions ou aux négociations requises pour l'obtention de ces services, il organise et coordonne le soutien, il anime une équipe multidisciplinaire regroupant l'ensemble des intervenants impliqués dans le dossier et il fait un suivi du dossier afin de s'assurer que les services planifiés ont été dispensés et qu'ils sont, selon l'évolution de la condition du patient, toujours adéquats. Le gestionnaire de cas devrait être légitimé d'intervenir dans tous les services et établissements, de

façon à pouvoir suivre son client, quel que soit le lieu ou le service où il séjourne. Une étroite collaboration devrait s'instaurer avec le médecin de famille puisque ce dernier est le principal intervenant médical et qu'il coordonne l'ensemble des services médicaux spécialisés.

Le plan de services individualisés

Le plan de services individualisés (PSI) est un outil permettant d'initier la planification des services nécessaires pour rencontrer les objectifs ciblés avec le client et son réseau de soutien. Cette planification est par la suite présentée aux différents intervenants associés aux soins de la personne âgée et révisée de façon périodique en fonction de l'évolution du patient. Dans les services où il y a déjà un fonctionnement en équipes multidisciplinaires, le gestionnaire de cas se joint aux équipes, sans duplication. Le PSI est requis lorsqu'un usager nécessite des services provenant de plusieurs établissements et se distingue du plan d'intervention (PI), qui lui, est un outil de coordination des services dispensés à l'utilisateur par les différents intervenants d'un même établissement.

L'outil unique d'évaluation des besoins

L'usage d'un outil d'évaluation commun permet de traiter les informations à partir de méthodes similaires et d'harmoniser le langage entre les différents intervenants. L'outil d'évaluation multiclientèle (OEMC) est utilisé dans l'ensemble du réseau québécois de la santé. Il définit l'état de santé de l'utilisateur (antécédents personnels et familiaux, santé physique actuelle, médicaments...), ses habitudes de vie, sa situation psychosociale, ses conditions économiques, son environnement physique et son autonomie fonctionnelle au moyen du SMAF (Hébert, 1988). Le SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle), instrument principal de l'OEMC d'évaluation, est un instrument d'évaluation de l'autonomie développé à partir de la conception fonctionnelle de la santé et de la classification internationale des déficiences, incapacités et handicaps de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Il évalue 29 fonctions couvrant les activités de la vie quotidienne (AVQ) (7 items), la mobilité (6 items), la communication (3 items), les fonctions mentales (5 items) et les activités de la vie domestique (AVD) (8 items). Un système de classification (« case-mix ») a été développé à partir du SMAF à des fins de gestion opérationnelle et financière. Les 14 profils ISO-SMAF sont établis sur la base des scores SMAF et servent à préciser les profils des clientèles mais également les profils d'accueil des établissements et ressources. Ils peuvent notamment servir à

préciser les critères d'admission aux différentes institutions ou ressources et à calculer le budget requis par ces institutions sur la base du profil d'autonomie réel de la clientèle desservie.

Le dossier clinique informatisé

L'implantation d'un réseau de services intégrés nécessite un système d'information pouvant être partagé entre les intervenants du réseau, en mode continu, de façon à faciliter les communications et à favoriser la continuité des services. Le dossier clinique informatisé (DCI) permet un accès rapide à des informations mises à jour régulièrement sur l'état de santé des usagers. Les intervenants sont alors informés de l'évolution de la personne et des modifications apportées au plan de services. Le DCI facilite également le couplage de l'information clinique à l'information de gestion.

L'expérience des réseaux intégrés au Québec

L'implantation de réseaux intégrés a pour objectif principal d'accroître la pertinence (réponse aux besoins), la qualité, l'efficacité et l'efficience des soins et services aux personnes en perte d'autonomie. L'une des façons d'apprécier l'impact d'un tel modèle sur la clientèle est de se référer à la satisfaction des usagers face aux soins et services de santé reçus. Les principales études sur

les réseaux intégrés (RI) incluent cette variable dans leur analyse puisqu'elle s'avère déterminante dans une mise en œuvre achevée.

Le modèle SIPA (Services Intégrés aux Personnes Âgées)

Une étude menée par le groupe de recherche des universités de Montréal et McGill (SOLIDAGE) sur les services intégrés aux personnes âgées (SIPA) a été réalisée entre 1999 et 2002 sur deux sites pilotes de CLSC de l'île de Montréal (Côte-des-Neiges et Bordeaux-Cartierville). L'objectif du SIPA était de répondre adéquatement aux besoins des personnes âgées aux prises avec des incapacités, de maintenir et de promouvoir leur autonomie et d'optimiser l'utilisation des ressources communautaires, hospitalières et institutionnelles. L'une des hypothèses de recherche voulait que les personnes âgées bénéficiant du programme SIPA soient plus satisfaites que celles du groupe témoin.

La satisfaction des sujets de l'étude SIPA a été évaluée à l'aide du CSQ-8 (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979). Cette mesure de satisfaction à 8 items permet d'évaluer la satisfaction face à l'intervenant, au personnel de secrétariat, à la nature et la qualité du service, à la durée des entrevues, aux résultats des consultations et aux procédures administratives du service. Le score peut varier de 8 à 32 où le score le plus élevé représente le niveau de

satisfaction le plus élevé. Il est à souligner que la version française de l'instrument a été validée (Sabourin, Pérusse, & Gendreau, 1989). Le niveau de satisfaction des personnes âgées du groupe SIPA ($n = 299$) et témoin ($n = 255$) était comparable (83 % vs 81 %) à T0. Les réponses aux différents énoncés du questionnaire ne démontraient également pas de différence significative entre les deux groupes aux sous-échelles suivantes : services désirés reçus (82 % vs 81 %); réponse aux besoins (81 % vs 78 %); quantité d'aide reçue (85 % vs 80 %); facilité d'obtenir des services (82 % vs 82 %); délai acceptable pour recevoir des services (85 % vs 88 %); facilité d'accès à un médecin (81 % vs 76 %) et rapidité d'accès à un rendez-vous avec ce médecin (80 % vs 84 %). Toutefois, le degré de satisfaction du groupe SIPA a augmenté significativement ($p < 0,05$) entre T0 et T1 alors que celui du groupe témoin est resté stable. En effet, à T0 le score moyen des sujets du groupe expérimental était de 26,6 et a augmenté de 1,5 au cours de la première année alors que le score du groupe témoin, qui était de 25,7, a connu une variation à la hausse de ,60.

Le modèle des Bois-Francs

Un modèle de coordination de services a également été implanté dans la région des Bois-Francs en 1997 afin d'éliminer les obstacles à l'intégration sociale et le maintien à domicile des personnes âgées. L'atteinte de cet objectif

consiste à réorienter les services sociosanitaires de façon à offrir aux personnes âgées les moyens nécessaires pour maintenir leur intégration sociale le plus longtemps possible, dans des conditions adéquates pour elles-mêmes et pour leurs proches (Durand et al., 2001). Ce modèle, en plus d'inclure la coordination interétablissements, combine la gestion de cas, le plan de services individualisés et la présence d'une porte d'entrée unique. Le modèle a également l'avantage d'intégrer l'ensemble des services géronto-gériatriques disponibles dans les sous-régions des Bois-Francs allant de la promotion et de la prévention au diagnostic, au traitement, à la réadaptation, au soutien à domicile, à l'hébergement et aux soins palliatifs. Deux des objectifs spécifiques de l'évaluation de l'efficacité du modèle étaient de mesurer l'effet sur : 1) le degré de satisfaction des aînés par rapport aux services reçus et le niveau de contrôle face au processus décisionnel relatif aux soins et services de santé. L'évaluation de la satisfaction en regard des services reçus a été obtenue à l'aide d'un instrument développé pour la phase II de l'Étude canadienne sur la santé et le vieillissement. Cet instrument est composé de 23 questions qui évaluent pour chaque service reçu les dimensions suivantes : accessibilité (4 items), la qualité des services (4 items), la quantité (3 items), les relations interpersonnelles (3 items), l'adaptation aux besoins du client (2 items), la continuité des services (5 items). Enfin, les dernières questions portent sur la satisfaction globale pour l'ensemble des services reçus (2 items). Ce

questionnaire a été prétesté auprès de 15 personnes âgées. Le score de satisfaction varie de 0 à 69. Le deuxième objectif portait sur l'évaluation du niveau de contrôle. Le questionnaire utilisé, inspiré du Locus of Authority : Geriatric Scale (Beiseker & Beiseker, 1990), consiste en 10 items concernant divers aspects d'une intervention. Pour chaque item, la personne âgée doit indiquer qui a pris les décisions (elle-même, le médecin, l'aidant, la famille, etc.). Elle doit dans un deuxième temps, déterminer qui devrait être responsable de la prise de décision (elle-même, le médecin, l'aidant, la famille, etc.).

Le modèle ne permet pas d'établir clairement l'existence d'un effet sur le niveau de satisfaction. Globalement, à partir d'analyses descriptives, les sujets du groupe témoin ($n = 129$) et du groupe expérimental ($n = 135$) sont satisfaits des services dans une proportion de 90 % après quatre ans d'expérimentation. L'insatisfaction face aux services reçus a également été établie en identifiant la présence d'au moins un sujet d'insatisfaction soulevé au temps 0 et au temps 1 de l'étude face aux services reçus de façon globale ainsi qu'à chacune des dimensions de la grille de satisfaction. De façon globale, 84,2 % des aînés du groupe expérimental ont exprimé au moins un sujet d'insatisfaction au temps 0 alors que ce taux était de 74,5 % dans le groupe témoin. Au temps 1, 80,8 % des aînés du groupe expérimental versus 83,7 % dans le groupe témoin exprimaient au moins un sujet d'insatisfaction. La différence dans les taux

d'insatisfaction des aînés est donc de $-3,4$ % dans le groupe expérimental alors qu'elle est de $9,2$ % dans le groupe témoin. Ces différences sont statistiquement significatives. Il semble donc que l'intégration des services a un effet positif sur le niveau de satisfaction. Des différences significatives sont également constatées sur les dimensions qualité, continuité et sur l'appréciation globale de la satisfaction en regard des services. Le tableau 1 présente l'ensemble des résultats.

En ce qui concerne le niveau de contrôle, $36,5$ % des sujets du groupe témoin et $37,4$ % des sujets du groupe expérimental démontraient des taux de contrôle élevés lors de la première collecte de données (T0). Après un an d'expérimentation (T1), $41,2$ % des sujets du groupe expérimental soulignent avoir un contrôle élevé alors que dans le groupe témoin cette proportion diminue à $23,8$ %. Lors des T2 et T3, la proportion augmente dans le groupe témoin ($26,6$ % et $40,2$ %) alors que dans le groupe expérimental, elle subit une diminution à T2 ($31,5$ %) et se stabilise à T3 ($29,6$ %). Le mécanisme semble donc avoir eu une incidence sur le niveau d'autonomisation, pour le groupe expérimental, seulement au cours de la première année, alors que pour le groupe témoin, il y eu augmentation du niveau de contrôle à T2 et T3 (Figure 2).

Tableau 1

Distribution des personnes âgées, par groupe, selon la présence d'au moins un sujet d'insatisfaction soulevé au temps 0 et au temps 1 de l'étude, et pour l'ensemble des dimensions de la grille de satisfaction et différences des proportions du temps 1 au temps 0.

Dimension	Groupe expérimental <i>n</i> = 203				Groupe témoin <i>n</i> = 141				<i>p</i> *
	T0		T1		T0		T1		
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Ensemble de la grille	171	84,2	164	80,8	105	74,5	118	83,7	
Différence % T0-T1		-3,4				9,2			,017
Accessibilité	71	35	73	36	38	27	43	30,5	
Différence % T0-T1		1				3,5			,682
Qualité	71	35	57	28,1	32	22,7	52	36,9	
Différence % T0-T1		-6,9				14,2			,001
Quantité	71	35	57	28,1	34	24,1	39	27,7	
Différence % T0-T1		-6,9				3,6			,087
Relation interpersonnelles	50	24,6	39	19,2	22	15,6	19	13,5	
Différence % T0-T1		-5,4				-2,1			,52
Adaptation du service	74	36,5	108	53,2	27	19,1	63	44,7	
Différence % T0-T1		16,7				25,6			,18
Continuité	127	62,6	95	46,8	79	56	82	58,2	
Différence % T0-T1		-15,8				2,2			,007
Global	37	18,2	31	15,3	19	13,5	35	24,8	
Différence % T0-T1		-2,9				11,3			,001

* Valeur *p* de l'analyse à mesures répétées de l'interaction groupe dans le temps
Ce tableau provient d'un document produit par Durand et al. (1999).

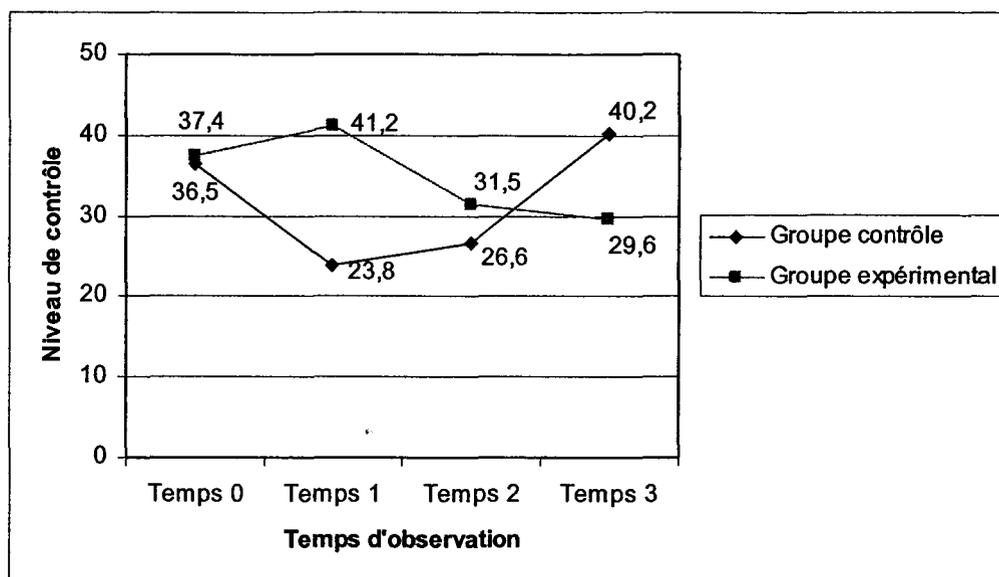


Figure 2. Comparaison entre le niveau de contrôle du groupe témoin et du groupe expérimental selon les temps d'observation.

Cette figure provient d'un document produit par Durand et al. 2001.

À la lumière de ces résultats peu concluants, il semble nécessaire d'amorcer des recherches pour élaborer des instruments adaptés au caractère multidimensionnel et multidisciplinaire qu'impose une intégration des services. Cet objectif de travail s'est donc imposé au groupe de recherche PRISMA afin de pouvoir déterminer avec justesse l'impact des réseaux intégrés sur la satisfaction et l'autonomisation des personnes âgées.

Chapitre 2:

La satisfaction

Ce chapitre se veut une synthèse de la documentation ayant trait à la notion de satisfaction telle qu'élaborée dans le domaine du marketing et plus spécifiquement dans le domaine de la santé. Les présentes sections porteront sur la conceptualisation de la satisfaction, l'identification des limites conceptuelles et méthodologiques rencontrées lors de l'élaboration de questionnaires de satisfaction, l'analyse des instruments existants et finalement la documentation des déterminants de satisfaction.

La conceptualisation de la satisfaction

La popularité du concept de marketing orienté vers la clientèle coïncide avec l'évaluation de la satisfaction des consommateurs envers les produits. À titre d'exemple, plusieurs entreprises mènent de façon continue des études de satisfaction afin de fidéliser la clientèle (Anderson & Sullivan, 1993; Boulding, Kalra, Staelin, & Zeithaml, 1993; Ngobo, 2000) et d'augmenter leur rendement financier (Rust & Zahorik, 1993).

En psychologie, la complexité de la notion de satisfaction, puisqu'elle n'est pas directement observable, rend son opérationnalisation et sa mesure relativement difficile. En effet, les débats sur les antécédents et les conséquences de ce concept multidimensionnel (Plichon, 1999) sont nombreux,

ce qui explique qu'il existe des définitions multiples et très hétérogènes. De ces nombreuses définitions, il peut être souligné que la satisfaction implique l'intervention simultanée de composantes affective et cognitive. La majorité des modèles théoriques envisagent donc la satisfaction comme un processus comparatif entre deux aspects complémentaires mais distincts, soit les attentes et la performance perçue (Churchill & Surprenant, 1982; Oliver, 1980).

L'un des paradigmes utilisés pour expliquer la satisfaction est celui de la non-confirmation des attentes (figure 3). Le consommateur se forge des attentes avant de consommer un produit/service, en observe les performances lors de la consommation et compare les performances perçues (P) avec ses attentes (A). La non-confirmation peut être neutre dans le cas où $P=A$, positive si P est plus grand que A ou négative si P est plus petit que A. Le lien entre les attentes et la performance perçue permet donc d'établir le niveau de satisfaction (Oliver, 1980). Lorsque la performance est au-delà des attentes, il y a satisfaction, alors que dans le cas contraire, il existe une insatisfaction (Westbrook, 1980).

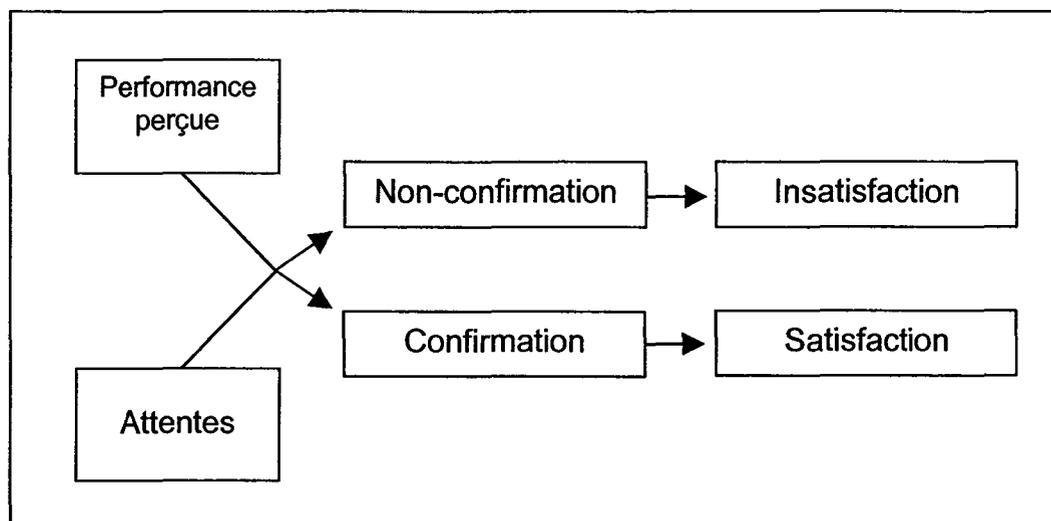


Figure 3. Paradigme de confirmation/non-confirmation des attentes.

Il est aisé de reconnaître que la satisfaction face à un produit de consommation est une évaluation ponctuelle qui recourt à une dimension perceptuelle et une dimension permettant de reconnaître la valeur d'un produit en fonction de critères expérientiels. Ces critères peuvent être de trois natures. Le critère est dit « idéal » lorsqu'il existe une disparité avantageuse de la performance souhaitée sur la performance constatée (Tse & Wilton, 1988). Il est minimalement tolérable lorsque le seuil de la simple satisfaction est atteint, c'est-à-dire un équilibre entre les attentes désirées et le niveau de performance constaté par le consommateur (Rust, Zahorik, & Keiningham, 1996). Finalement, il peut y avoir incongruité entre ce que perçoit le consommateur de la performance du produit et ses valeurs, ses besoins et les normes culturelles existantes (Westbrook & Reilly, 1983). Les normes culturelles peuvent être

basées sur ce que représente le produit consommé (renommée), ce qu'il doit fournir comme rendement (reconnaissance) ou sur les expériences connues (Cadotte, Woodruff, & Jenkins, 1987).

Ce modèle implique également qu'au-delà du lien indirect des attentes et de la performance sur la satisfaction, par l'intermédiaire de la conformité aux attentes, il existe un lien direct entre les attentes et la satisfaction et d'autres fois entre la performance et la satisfaction (Churchil & Surprenant, 1982; Oliver, 1993), cela en fonction de la connaissance plus ou moins grande que le consommateur a du produit. Yi (1993) suggère que plus il est difficile d'évaluer un produit, plus les attentes auront un impact direct sur la satisfaction alors que plus il est facile d'évaluer un produit, plus la performance aura un impact direct. Dans certains cas, seul le lien direct existe sans que la conformité n'ait d'impact sur la satisfaction (Churchill & Surprenant, 1982) (Figure 4).

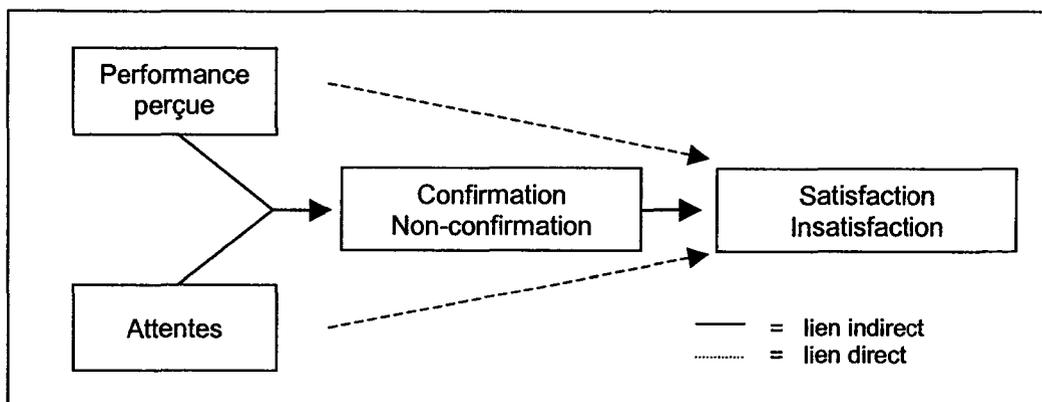


Figure 4. Paradigme de conirmation/non-confirmation des attentes modifiées.

La conceptualisation de la satisfaction dans le domaine de la santé

Linder-Pelz (1982), l'un des précurseurs dans la conceptualisation de la satisfaction du patient, envisage la satisfaction comme une évaluation positive des diverses dimensions relatives aux soins de santé. Il suggère que la satisfaction soit mesurée par une procédure qui situerait le sujet dans une dimension affective et évaluative. Celle-ci serait liée aux croyances de l'individu envers un attribut de soins et de services de santé particulier et à l'évaluation de cet attribut. Cette conceptualisation a une implication directe sur la mesure de la satisfaction puisque basée sur deux informations distinctes, soit la force de la croyance et l'évaluation de l'attribut.

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002) la satisfaction est une composante inhérente à la définition de la qualité des soins :

L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui permet de garantir à chaque patient des actes diagnostiques et thérapeutiques assurant le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du

système de soins (...) la satisfaction du patient peut être considérée comme un résultat des soins et même un élément de santé lui-même p.(21).

Toutefois, la définition de la satisfaction qui semble la plus étroitement liée au paradigme de la non-confirmation des attentes et aux travaux de Oliver (1980) et Churchill et Surprenant (1982), est celle élaborée par Pascoe (1983) :

Patient satisfaction is defined as a health care recipient's reaction to salient aspects of the context, process, and result of their experience. This view characterizes patient satisfaction as an evaluation of directly-received service. The evaluation is seen as a comparison of salient characteristics of the individual's health care experience to a subjective standard. The comparative process is in turn assumed to include two interrelated psychological activities: (a) a cognitively based evaluation, or grading, of the structure, process, and outcomes of services; and (b) an effectively based response, or emotional reaction, to the structure, process, and outcome of services. (p.189).

L'évaluation de la satisfaction est donc issue d'une comparaison entre des caractéristiques dominantes de l'expérience et un standard subjectif. Ce

standard subjectif peut être tout autant une évaluation de ce qui devrait être offert, une moyenne subjective des expériences passées dans des situations similaires ou d'un niveau minimalement acceptable des soins et services reçus. Le processus de comparaison découle à la fois d'une évaluation cognitive des soins ou des services reçus (performance perçue) et d'une réponse affective (attentes) face aux différents aspects des soins et des services. La mesure de la satisfaction devrait donc rendre compte de cette distance, et ce, à l'égard de dimensions spécifiques au domaine de la santé.

Comme il été souligné précédemment, la satisfaction est l'un des indicateurs principaux qui permet d'évaluer la qualité des soins dispensés. Selon Donabedian (1980), cette évaluation devrait porter sur : 1) **la structure des services** : les ressources et les moyens mis en œuvre pour atteindre un standard minimal de qualité comprenant les installations, les équipements, la quantité et les qualifications du personnel, l'organisation logique des interventions (disponibilité, accessibilité, coordination) et les systèmes d'informations (dossier médical et résumé); 2) **le processus de soins** : le lien entre le comportement des individus et les services de santé. Il comporte la description des comportements de l'intervenant (écoute et reconnaissance du problème, actes diagnostiques et thérapeutiques), des comportements du patient (coopération) ainsi que les interactions entre le patient et l'intervenant et

3) les résultats de soins : l'état de santé attribuable aux soins et services de santé. Les résultats de santé sont logiquement une validation des conséquences de soins et se quantifient par la longévité, l'activité, le confort, l'absence d'invalidité, la rencontre des objectifs de réadaptation, etc. Chacun de ces aspects est circonscrit par plusieurs éléments identifiés dans la documentation, soit la compétence des intervenants, la continuité dans les soins, la disponibilité, l'accessibilité aux soins, l'humanité, l'empathie, l'attitude informative des intervenants, l'efficience et l'efficacité des interventions (Hall & Dornan, 1988; Wensing, Grol, & Smits, 1994). Le tableau 2 résume cette taxonomie.

En conclusion, la satisfaction des patients à l'égard des soins et des services de santé est déterminée par une évaluation subjective (attentes) couplée à une évaluation objective (performance perçue). Elle porte sur trois aspects distincts : la structure des services, le processus de soins et les résultats de santé, circonscrits par les neuf éléments suivants : compétence, continuité, disponibilité, accessibilité, humanité, empathie, attitude informative, efficience et efficacité.

Tableau 2

Composantes de l'évaluation de la satisfaction face aux soins et services de santé

Aspects de la qualité	Éléments	Définition
Structure des services	Compétence	Connaissances techniques et médicales nécessaires et suffisantes
	Continuité	Transfert adéquat de l'information relative au traitement s'il y a plusieurs soignants
	Disponibilité	Possibilité d'avoir accès aux tests, équipement ou procédures nécessaires en temps voulu
	Accessibilité	Accessibilité aux ressources humaines, techniques et physiques (géographique)
Processus de soins	Humanité	Respect du patient
	Empathie	Habilité du soignant à se transposer dans les conditions du patient
	Attitude informative	Disposition à donner de l'information
Résultats de santé	Efficiences	Relation entre les résultats obtenus et les ressources utilisées
	Efficacité	Degré selon lequel le traitement a permis d'atteindre le résultat attendu ou souhaité

Les limites méthodologiques des mesures de satisfaction

Bon nombre d'instruments de satisfaction face aux soins et services de santé ont été développés, mais plusieurs d'entre eux présentent des lacunes conceptuelles et méthodologiques. Premièrement, bien que l'on fasse fréquemment référence au concept de satisfaction, sa définition reste imprécise. L'élaboration des questionnaires, au lieu de prendre appui sur une définition claire et opérationnalisée de la satisfaction (Maciejewski et al., 1997), se fonde sur des indicateurs de satisfaction, souvent non validés, identifiés dans la documentation. À titre d'exemple, Boechler, Neufeld et McKim (2002), dans une revue de documentation répertorient des instruments de satisfaction dans le domaine de la santé, dénombrent seulement 6 études sur 13 référant à une définition explicite. Conséquemment, la difficulté de bien opérationnaliser le construit peut influencer la variabilité des réponses en présentant une distribution dissymétrique vers la droite, c'est-à-dire un niveau de satisfaction élevé (Aharony & Strasser, 1993; Hall & Dornan, 1988). Par ailleurs, bien que les recherches récentes aient montré le caractère dual de la satisfaction (affectif et cognitif), peu de mesures permettent d'envisager de façon distincte ces deux dimensions.

Deuxièmement, le phénomène d'acquiescement, qui est une tendance à être en accord avec l'énoncé, et ce, indépendamment du contenu de cet énoncé (Wiggins, 1980), est un biais fréquent dans la mesure de la satisfaction. Ce biais d'acquiescement implique que les énoncés formulés en termes positifs entraîneront une augmentation du taux de satisfaction comparativement aux énoncés formulés en termes négatifs, qui eux, auront tendance à influencer le taux de satisfaction à la baisse. La syntaxe de l'énoncé conduit donc à une surestimation ou une sous-estimation de la satisfaction réelle. Un des moyens utilisés pour diminuer ce biais fut donc d'inclure à la fois des items positifs et négatifs. Toutefois, cette procédure n'a pas présenté les résultats escomptés (Ross, Steward, & Sinacore, 1995). Le type d'échelle de réponse utilisé peut également induire un biais d'acquiescement et des variations dans les scores des participants (Ware & Hays, 1988). Par exemple, l'utilisation du terme « satisfaction » comme point d'ancrage dans une échelle de type Likert entraîne une augmentation du taux de satisfaction comparativement à l'utilisation d'une échelle dont les réponses vont de « pauvre » à « excellent » (Ware & Hays, 1988). De plus, ce type d'échelle utilisant le terme « satisfaction » ne permet pas de capturer correctement la dimension affective du concept (Gardial & Woodruff, 1996). Il est donc important de porter une attention aux termes utilisés, tant dans la formulation de l'énoncé que dans le choix des points d'ancrage de l'échelle de réponse.

Troisièmement, le nombre de questionnaires de satisfaction reposant sur une approche mixte, c'est-à-dire à la fois qualitative et quantitative, est relativement restreint. Plusieurs auteurs (Geron et al., 2000; Sixma, Cretien Van Campen, Kerssens, & Peters, 2000) rapportent que cette approche, dans un contexte où la perspective du patient est tributaire de l'élaboration des énoncés, constitue un apport nécessaire et substantiel à la valeur scientifique de l'instrument. La réalité multidisciplinaire caractérisant le système de santé actuel semble également être ignorée puisque les qualités métrologiques de la majorité des instruments de satisfaction ont été étudiées à l'intérieur de programmes médicaux spécifiques (Geron, 1996). Boechler et al. (2002) rapportent que près de la moitié des questionnaires de satisfaction étudiés étaient axés sur l'évaluation des soins dispensés par des infirmiers(ères) ou des médecins (Marsh, 1999). Également, la complexification constante des interventions, de la coordination des services nécessaires à la réadaptation et du nombre d'intervenants impliqués dans la rémission ou la stabilisation de l'état de santé, doit également faire l'objet d'étude de satisfaction.

Les instruments de mesure de la satisfaction

L'analyse des questionnaires est une étape fondamentale lorsque l'un des objectifs de recherche est l'élaboration d'un instrument de mesure. Elle permet de connaître la nature des travaux effectués jusqu'à ce jour, d'apprécier la rigueur des démarches et de comparer les qualités métrologiques de chacun d'eux. L'objectif de cette étape est d'identifier les outils possédant des qualités suffisamment intéressantes pour s'y référer, si nécessaire, lors de l'élaboration de l'instrument de mesure de satisfaction. L'analyse a porté sur sept questionnaires de satisfaction sur un total de 29 recensés dans les banques informatisées suivantes : Medline (1993-2000), Psyclit (1989-2000), Ovid (full text) (1988-2000) et ProQuest (1986-2000). Les mots-clés utilisés pour la recherche étaient : satisfaction, medical services, patient satisfaction, questionnaire, measurement, aging et elderly. Ces instruments ont été retenus puisqu'ils semblaient reposer sur des fondements théoriques en lien avec ceux présentés en début de chapitre et que la majorité comportaient des aspects mentionnés dans la théorie de Donabedian (1980) ou encore faisaient référence à des indicateurs identifiés par Hall et Dornan (1988) et Wensing et al. (1994).

La méthode d'évaluation des instruments de mesure

L'analyse des différents outils retenus repose sur l'évaluation de neuf critères spécifiques qui seront détaillés ci-après. Chacun des critères peut être cotés positivement (+) équivalant à 1 point et à l'inverse les questionnaires qui ne satisfont pas aux critères reçoivent une cote négative (-) équivalant à 0 point. Une cote de 0,5 (+/-) peut également être attribuée selon les informations rapportées. Le score global de chacun des instruments est calculé en faisant la sommation des points obtenus. Cette méthode permettra non seulement d'identifier les instruments les plus rigoureux mais également de comparer les forces et les faiblesses de chacun. Voici les critères de sélection retenus pour l'analyse des instruments de satisfaction

Les assises théoriques de la satisfaction (A). Pour obtenir la cote (+), le développement de l'instrument devait s'appuyer sur une définition claire et opérationnelle de la satisfaction et, si possible, être rattaché à un cadre théorique reconnu. Ce cadre théorique devrait préférentiellement s'apparenter à celui qui a été présenté au début de ce chapitre, c'est-à-dire reposant à la fois sur une dimension affective et cognitive.

Les indicateurs de satisfaction (B). Deux sources ont été utilisées pour identifier les indicateurs pertinents à l'étude de la satisfaction. Premièrement, une méta-analyse d'études sur la satisfaction, dirigée par Hall et Dornan (1988), a permis de circonscrire 12 des indicateurs les plus couramment observés, et ce, parmi plus de 220 publications. Deuxièmement, une synthèse de la documentation effectuée par Wensing et al. (1994) a conduit à cibler 25 indicateurs appropriés à l'étude de la satisfaction. Afin d'être conservé comme critère de sélection, l'indicateur devait avoir été reconnu conjointement par Hall et Dornan (1988) et Wensing et al. (1994) comme étant pertinent à la mesure de la satisfaction. Ces indicateurs ont été présentés et définis dans la section précédente au Tableau 2.

Pour recevoir une cote positive (+), les questionnaires devaient inclure au moins trois des neuf indicateurs. Bien que ce point de coupure soit arbitraire, il semble raisonnable de croire que l'évaluation de la satisfaction, qui est un construit multidimensionnel, ne peut s'avérer rigoureuse en dessous de ce seuil limite.

D'autres critères ont été retenus afin d'établir les qualités métrologiques des instruments. Bien que la conceptualisation de la satisfaction et ses indicateurs soient essentiels, il est impossible de faire abstraction d'indices permettant

d'assurer une rigueur scientifique dans la mesure. Ces critères sont la cohérence interne, la stabilité temporelle, la validité de construit, la validité de contenu, la neutralité des énoncés, l'échelle de réponse utilisée et la variabilité des réponses.

La cohérence interne (C). Pour que le questionnaire soit considéré fidèle, la cohérence entre les énoncés devait être adéquate. Le seuil minimal de l'alpha de Cronbach, pour que l'instrument reçoive la cote (+), est de 0,80 comme le suggère Nunnaly (1978).

La stabilité temporelle (D). La stabilité temporelle permet de déterminer si l'évaluation est constante à travers le temps. Elle est généralement évaluée par une corrélation de Pearson ou un Coefficient de Corrélation Intra-classe (CCI). Pour obtenir la cote (+), le coefficient de l'instrument devait être supérieur à 0,70 (Lord & Novick, 1965).

La validité de construit (E). La validité de construit permet de déterminer si la notion théorique est adéquatement mesurée. Elle repose généralement sur la confirmation ou l'infirmité d'une ou plusieurs hypothèses de recherche. On retrouve plusieurs formes de validation de construit comme la validité convergente, divergente, prédictive, l'analyse factorielle, etc. Pour obtenir la

cote (+), l'instrument doit avoir été soumis avec succès à l'une ou l'autre de ces épreuves.

La validité de contenu auprès des experts (F). Pour obtenir la cote (+), le construit théorique (satisfaction) doit avoir été validé à l'aide d'une analyse qualitative auprès d'individus n'occupant pas une fonction de professionnel de la santé ou d'administrateur de la santé. La cote (+/-) sera accordée pour une validité de contenu reposant sur une synthèse de la documentation et/ou une analyse qualitative auprès de professionnels de la santé ou d'administrateurs de la santé.

La neutralité des énoncés (G). Pour obtenir la cote (+), les items doivent être formulés en termes neutres, c'est-à-dire sans connotation positive ou négative à l'égard d'un attribut des soins de santé. La neutralité des items joue un rôle important dans la fidélité et la validité de l'instrument. Premièrement, elle empêche d'augmenter artificiellement la cohérence interne, deuxièmement elle diminue le biais causé par l'acquiescement et troisièmement elle permet de contrôler le biais de désirabilité sociale (Ross et al., 1995). La cote (+/-) pourrait aussi être octroyée à un instrument dont les items positifs à l'égard des soins de santé contrebalancent les items négatifs. Cette méthode, bien que privilégiée

pour éviter le biais d'acquiescement, n'offre pas des résultats constants (Ross et al., 1995).

L'échelle de réponse (H). Pour obtenir la cote (+), les points d'ancrage devraient préférablement être formulés en terme « accord/désaccord » puisque ce type d'échelle semble être plus discriminant et avoir une incidence sur la variabilité des réponses comparativement aux échelles de satisfaction « satisfait/insatisfait » ou d'opinion « bon/mauvais » (Wensing et al., 1994). La cote (+/-) sera attribuée à toutes autres échelles de type Likert en raison des avantages qui y sont rattachés, soit : l'uniformité, l'économie d'espace et la malléabilité.

La variabilité des réponses (I). Pour obtenir la cote (+), les items doivent démontrer une bonne variabilité dans les réponses, c'est-à-dire que la distribution des réponses doit suivre une courbe symétrique.

L'analyse des questionnaires

L'analyse des questionnaires est subdivisée en sections (A, B, C, etc.) correspondant aux différents critères. Cette procédure facilitera la cotation ainsi que la comparaison des instruments. Un tableau récapitulatif disponible à la fin

de cette section permettra d'apprécier visuellement les caractéristiques ainsi que les spécificités de chacun des instruments (voir tableau 3).

LaMonica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS). (LaMonica, Oberst, Madea, & Wolf, 1986). *Les assises théoriques de la satisfaction.* Le LOPSS est un instrument axé sur la satisfaction des soins infirmiers dont l'objectif principal est de documenter la qualité des soins et l'efficacité des interventions. L'élaboration du questionnaire se base sur une définition précise de la satisfaction. Cette dernière s'établit par le niveau de congruence entre les attentes du patient et la perception que les soins infirmiers reçus ont été dispensés adéquatement. Toutefois, deux critiques peuvent être soulevées. La variable à l'étude n'est pas opérationnalisée en conformité avec la définition avancée. Bien que celle-ci réfère à deux aspects distincts, soit les attentes et la perception, il n'existe pas de mesure indépendante pour établir le score (perceptions vs attentes). Deuxièmement, la définition retenue repose sur des préceptes théoriques abordés par plusieurs auteurs (Linder-Pelz, 1982; Pascoe, 1983; Ware et al., 1978) mais il aurait été avantageux de les développer davantage (cote = +/-).

Les indicateurs de satisfaction. L'instrument comporte 42 énoncés, certains originaux, d'autres adaptés de l'échelle tridimensionnelle de Risser (1975). La

première dimension concerne les aspects techniques et professionnels liés aux soins de santé et se définit par la maîtrise de connaissances suffisantes pour accomplir avec compétence l'ensemble des activités inhérentes aux tâches infirmières. La seconde dimension est axée sur la relation développée entre les infirmiers/ères et les patients. Cette relation doit tendre vers une interaction empreinte de compassion, de confiance et d'empathie mutuelle. La dernière dimension porte sur l'éducation du patient par le transfert d'informations et de connaissances face aux soins dispensés (cote = +).

La cohérence interne. L'échantillon était composé de 45 hommes et 55 femmes recevant des traitements en oncologie. La majorité d'entre eux étaient âgés de plus 50 ans, de race blanche et leur niveau de scolarité était élevé. Les coefficients alpha des sous-échelles « technique-professionnel », « éducation » et « confiance » sont respectivement de 0,81; 0,80 et 0,84. Lorsque envisagé comme une échelle unique, le coefficient s'élève à 0,92. La corrélation entre les sous-échelles « technique-professionnel » et « éducation » est de 0,66, « technique-professionnel » et « confiance » de 0,72 et « éducation » et « confiance » de 0,59. Anastasi (1976) suggère que les coefficients de corrélation devraient se situer entre 0,50 et 0,70, afin d'éviter les risques de chevauchement. (cote = +).

La stabilité temporelle. La stabilité temporelle n'a pas été évaluée (cote = -).

La validité de construit. Le construit a été étudié à l'aide d'une étude de validité discriminante et d'une analyse factorielle. La première étude a utilisé un devis expérimental. Les sujets du groupe expérimental, qui était composé d'infirmières, ont suivi un programme traitant de l'empathie entre l'infirmier et le patient. Le questionnaire a été administré avant l'intervention (T0) ($n = 371$), une fois par semaine durant l'intervention (4 semaines) et après l'intervention (T1) ($n = 339$). Les variables mesurées étaient le niveau de satisfaction (LOPSS) et l'humeur des patients (Multiple Affect Adjective Check List) (Zuckerman & Lubin, 1965). L'hypothèse avancée statuait que la satisfaction du patient serait corrélée négativement à l'anxiété, à la dépression et aux sentiments d'hostilité. Les scores se distribuent de façon asymétrique avec un taux moyen de satisfaction de 84 %. Les résultats confirment l'hypothèse de recherche, à savoir que l'anxiété ($r = -0,21$), la dépression ($r = -0,20$) et le sentiment d'hostilité ($r = -0,27$) sont significativement ($p < 0,001$) corrélés avec le LOPSS.

L'analyse factorielle a permis d'identifier trois facteurs expliquant 93,7 % de la variance. Ces trois facteurs sont : l'insatisfaction (73,6 %; 17 items), le soutien interpersonnel (13,8 %, 13 items) et l'impression positive (6,3 %; 11 items). Le seuil de saturation avait été fixé à 0,40, ce qui est conservateur selon Nunnally

(1978). Il est à remarquer que cette factorisation ne corrobore pas le construit proposé initialement. Certaines réserves peuvent dès lors être émises quant à la validité du modèle proposé. Des analyses factorielles supplémentaires seraient nécessaires pour confirmer la structure du LOPSS (cote = +).

La validité de contenu. Pour assurer la validité de contenu, une version préliminaire comportant 50 énoncés a été soumise à l'évaluation de 75 personnes âgées entre 18 et 69 ans, hospitalisées depuis au moins sept jours dans une unité d'oncologie. Les participants, 32 hommes et 43 femmes, devaient évaluer à l'aide d'une échelle de type Likert en cinq points, l'importance du contenu de l'énoncé dans l'évaluation de leur satisfaction. Les énoncés dont la moyenne n'atteignait pas 3,5 étaient rejetés. Au total, 42 items ont rencontré le critère d'acceptation. De ceux-ci, 14 items portaient sur les aspects techniques et professionnels du comportement de l'infirmier/ère, 18 sur la relation de confiance entre le patient et l'infirmier/ère et 10 sur les comportements d'ordre éducatif. Plusieurs items ont également été reformulés à la lumière des commentaires et suggestions des répondants (cote = +).

La neutralité des énoncés. Afin d'éviter le biais d'acquiescement, 17 énoncés ont été formulés en termes négatifs (cote = +/-).

L'échelle de réponse. Les sujets devaient répondre à 42 énoncés à l'aide d'une échelle de réponse en sept points, soit de fortement en accord (7) à fortement en désaccord (1). Bien que les auteurs utilisent une échelle en sept points, comparativement à l'échelle conventionnelle en cinq points, il n'a pas été démontré clairement que l'augmentation du nombre de points d'ancrage était couplée à une augmentation de la sensibilité. Il semblerait plus plausible d'attribuer les variations de la sensibilité au contenu des énoncés (Ross et al., 1995) (cote = -).

La variabilité des réponses. Les résultats démontrent une distribution positive, c'est-à-dire anormalement distribuée vers la droite. La moyenne de l'énoncé le plus faible est de 5,5 sur 7 et 32 items ont obtenu un score moyen supérieur à 6 (*E.T.* = 1,25). Ces données suggèrent une faible variabilité dans l'évaluation des sujets (cote = -).

Patient Satisfaction Questionnaire II (PSQ II). (Ware, Snyder, & Wright, 1976).

Les assises théoriques de la satisfaction. Ce questionnaire a été développé afin de contribuer à l'amélioration de la planification, de l'administration ainsi que de l'évaluation des services et programmes de santé. Le PSQ présente la satisfaction comme étant une évaluation du patient face aux soins et services de santé dispensés par les intervenants. Bien que les auteurs soulèvent

l'importance de porter une attention particulière à l'évaluation subjective et aux attentes du patient, leur manque de précision rend difficile l'opérationnalisation de la variable à l'étude (cote = +/-).

Les indicateurs de satisfaction. Le PSQ comporte sept dimensions, soit la relation interpersonnelle, les qualités techniques/compétence, l'accessibilité, les finances/coût, la continuité, la disponibilité et une échelle de satisfaction générale (cote = +).

La cohérence interne. Dans une étude conduite auprès de 147 patients, Pascoe, Attkinson et Roberts (1983) ont rapporté que la cohérence interne oscillait entre 0,60 (accessibilité) et 0,86 (relation interpersonnelle) et atteignait 0,89 pour l'échelle globale (cote = +).

La stabilité temporelle. Le coefficient de corrélation entre les deux passations, avec un intervalle de temps de six semaines, est de 0,64. Les coefficients ont été calculés pour chacune des sous-échelles. Les résultats vont de 0,62 (accessibilité et disponibilité) à 0,78 (relations interpersonnelles) (cote = -).

La validité de construit. Des études de validité convergente, discriminante et prédictive ont été effectuées. Les résultats démontrent que, dans l'ensemble, l'instrument rencontre les critères d'acceptabilité, sauf en ce qui concerne la validité discriminante. En effet, les auteurs émettent une réserve puisque les résultats ne sont pas constants. Les résultats ne sont pas tous rapportés. Donc, une certaine réserve s'impose sur ces conclusions (cote = +/-).

La validité de contenu. Initialement, 2 300 items ont été formulés à l'aide de la documentation existante et de commentaires recueillis auprès de personnes ayant eu ou ayant recours à des soins de santé. Une première analyse, auprès de juges indépendants, a conduit à l'élimination de 1 800 énoncés ambigus et/ou redondants. Toutefois, aucune précision n'est apportée quant à la nature des procédures employées pour effectuer une telle réduction. L'instrument a été expérimenté pendant plus de quatre années pour finalement conduire à une version abrégée de 55 énoncés (cote = +).

La neutralité des énoncés, l'échelle de réponse et la variabilité des réponses. Il n'y a pas de renseignements permettant d'évaluer ces critères (cote = -).

The London Stroke Satisfaction Questionnaire (LSSQ). (Pound, Gompertz, & Ebrahim, 1994). *Les assises théoriques de la satisfaction.* Les auteurs

définissent la satisfaction comme une évaluation cognitive et une réaction émotionnelle face aux soins de santé. Toutefois, l'absence de cadre théorique rend, encore une fois, l'opérationnalisation du construit hasardeuse ou difficile (cote = +/-).

Les indicateurs de satisfaction. Ce questionnaire de satisfaction a été élaboré pour être utilisé auprès de patients victimes d'un accident vasculaire cérébral et/ou en réadaptation. Le questionnaire contient 13 énoncés répartis sous les deux dimensions suivantes : 1) satisfaction lors de l'hospitalisation et 2) satisfaction lors du retour à domicile (cote = -).

La cohérence interne. La fidélité est assurée par l'analyse de la cohérence interne auprès de 52 sujets. Le LSSQ démontre des coefficients alpha de 0,86 pour la sous-échelle « hospitalisation » et de 0,77 pour celle « domicile ». Ce qui rencontre le critère d'acceptabilité bien que le nombre de participants soit relativement restreint (cote = +).

La stabilité temporelle. La stabilité temporelle a été établie auprès de 21 participants, à deux semaines d'intervalle, en utilisant le Kappa. Bien qu'étant un critère plus sévère, il s'interprète comme un coefficient de corrélation (Krippendorff, 1970). Le LSSQ ne démontre pas les qualités suffisantes pour

obtenir une évaluation positive puisque huit énoncés sur 13 ont un *Kappa* inférieur à 0,60 (cote = -).

La validité de construit. En plus du questionnaire de satisfaction, des versions postales du Barthel ADL Index (Mahoney & Barthel, 1965), du Nottingham Extended Activities of Daily Living Scale (Nourri & Lincoln, 1987), de la version abrégée du Geriatric Depression Scale (Lum et al., 1982) et du Faces Scale (Andrews & Withey, 1976) ont été envoyées à 219 personnes six mois après leur départ de l'hôpital. De ce nombre, 28 ont été perdues de vue et 42 ont été incapables de remplir les questionnaires. L'étude de la validité convergente avait comme objectif d'établir une relation entre la sous-échelle « hospitalisation » et une tâche consistant à ordonner sept visages, dont l'expression va de « très heureux » à « très malheureux » (Faces Scale), selon l'appréciation des soins reçus. Les résultats démontrent une forte corrélation entre les deux instruments ($r = 0,67; p < 0,001$). La validité discriminante n'est pas aussi clairement établie. Les hypothèses de recherche avancées, à savoir que : 1) les personnes les plus satisfaites présenteraient moins de symptômes dépressifs et que 2) les personnes les plus satisfaites seraient plus autonomes dans l'accomplissement de leurs activités de la vie quotidienne, n'ont été que partiellement confirmées. En effet, il existe des corrélations négatives entre la sous-échelle « hôpital » du questionnaire de satisfaction et l'échelle de

dépression gériatrique ($r = -0,26$ $p = 0,002$) et une corrélation positive entre la sous-échelle « domicile » et l'échelle sur les activités de la vie quotidienne ($r = 0,30$, $p < 0,001$) du Nottingham Extended ADL Scale. Certaines réserves sont émises à l'égard des hypothèses formulées puisqu'elles ne sont pas appuyées par la documentation. Il semble hasardeux d'anticiper un lien direct entre le degré de satisfaction face à des soins de santé, la présence de symptômes dépressifs et des incapacités d'accomplir certaines AVQ (cote = +).

La validité de contenu. Les items ont été développés à partir d'une synthèse de la documentation et d'entrevues réalisées auprès de gériatres et de personnes victimes d'un AVC (accident vasculaire cérébral). Toutefois, les informations relatives aux caractéristiques sociodémographiques des participants, l'approche préconisée pour recueillir les informations (focus group, interviews non dirigés ou semi dirigés) et le traitement des *verbatim* (analyse de contenu écologique, phénoménologique, à catégorie mixte, etc.) ne sont pas précisés. Il aurait été souhaitable de rapporter de façon détaillée la démarche utilisée puisque l'absence de démarche qualitative, appuyant le développement d'indicateurs de satisfaction, est une lacune généralement reconnue (cote = +/-).

La neutralité des énoncés. Il n'y a pas de renseignements permettant d'évaluer ce critère (cote = -).

L'échelle de réponse. L'échelle de réponse est composée de quatre points d'ancrage, soit de « fortement en accord » (0) à « fortement en désaccord » (3), Le score peut varier de 0 « totalement insatisfait » à 39 « totalement satisfait » (cote = +).

La variabilité des réponses. Bien que les auteurs soulignent que la structure du questionnaire permet d'éviter le biais d'acquiescement, aucune disposition n'a été prise en ce sens et les résultats tendent à démontrer le peu de variabilité dans les scores. Lorsque le score total est dichotomisé « satisfait versus insatisfait », les pourcentages de satisfaction oscillent autour de 78 % pour l'échelle « hôpital » et de 69 % pour l'échelle « domicile ». Il aurait été souhaitable d'inclure la dispersion des réponses aux items afin de mieux apprécier la variabilité (cote = -).

Home Care Satisfaction Measure (HCSM). (Geron, Smith, Tennstedt, Jette, Chassler, & Kasten, 2000). *Les assises théoriques de la satisfaction.* Les auteurs définissent la satisfaction comme étant une évaluation cognitive comprenant l'expérience vécue en regard des services et les attentes du patient et une réponse affective de cette évaluation. Bien que cette définition réfère à deux aspects distincts, soit l'évaluation cognitive et l'expérience vécue, il

n'existe pas de mesures indépendantes pour établir le score (évaluation cognitive vs expérience vécue) (cote = +/-).

Les indicateurs de satisfaction. Le HCSM est une échelle multidimensionnelle qui mesure la satisfaction des personnes âgées fragilisées vivant à domicile face à quatre services distincts, soit : 1) les services d'aide domestique et de soutien à domicile, 2) les services de coordination de soins à domicile, 3) les services alimentaires et 4) les services d'épicerie. Les deux premiers services sont déterminés par quatre sous-échelles, soit : compétence, adéquation du système, relation interpersonnelle positive et relation interpersonnelle négative. Les deux derniers services comportent, quant à eux, trois sous-échelles qui sont respectivement : qualité, adéquation du système et commodité du service (cote = +).

La cohérence interne. La cohérence interne démontre une bonne homogénéité entre les différents items évaluant les quatre services à l'étude. Les alpha sont de 0,85 et 0,86 pour l'aide domestique et les soins à domicile ($n = 210$), de 0,87 pour la coordination des soins ($n = 207$), de 0,82 pour les services alimentaires ($n = 94$) et de 0,74 pour les services d'épicerie ($n = 43$) (cote = +).

La stabilité temporelle. La vérification de la stabilité temporelle a été effectuée avec un intervalle de temps variant entre cinq et neuf jours. Le coefficient de corrélation intraclasse pour l'échelle globale est de 0,88 ($n = 100$). Les CCI observés pour les sous-échelles sont les suivants : aide domestique = 0,88 ($n = 91$); soins de santé à domicile = 0,87 ($n = 35$); coordination des soins = 0,85 ($n = 89$); services alimentaires = 0,80 ($n = 49$) et service d'épicerie = 0,68 ($n = 20$) (cote = +).

La validité de construit. La validité convergente a été assurée, entre autres choses, par l'analyse du lien entre le HCSM et le CSQ qui est une autre mesure de satisfaction. Une forte corrélation a été établie entre toutes les sous-échelles du HCSM et le CSQ. Ces corrélations sont respectivement de 0,58; 0,58; 0,32; 0,50 et 0,39 pour les sous-échelles suivantes : aide domestique, soins de santé à domicile, coordination des soins, services alimentaires et service d'épicerie (cote = +).

La validité de contenu. Le HCSM a été développé à partir de la vision des personnes âgées face aux soins dispensés à domicile. Dans un premier temps, les sujets étaient interrogés sur ce qu'ils aimaient ou n'aimaient pas des services reçus. Au total 42 personnes ont participé à ce « focus group ». À la fin de ce processus, huit dimensions ont été retenues, soit la compétence, la

dimension humaine, la dépendance, l'adéquation des services, la continuité dans les soins, la liberté de choix, l'accessibilité et la possibilité d'exprimer ses choix. Une banque d'énoncés a été constituée à partir de ces indicateurs et d'une revue de la documentation. Les items ont été prétestés à deux reprises pour s'assurer de la justesse de la syntaxe et du lexique employé (cote = +).

La neutralité des énoncés. Pour chacune des sous-échelles, 30 à 40 items ont été développés. Afin d'éviter le biais d'acquiescement, chacun d'eux étaient formulés en termes négatifs et en termes positifs (cote = +/-).

L'échelle de réponse. L'échelle de réponse était en cinq points, soit de « en accord » à « en désaccord » (cote = +).

La variabilité des réponses. Il n'y a pas de renseignements permettant d'évaluer ce critère (cote = -).

Quality of Care Through the Patients' Eyes (QUOTE). (Sixma, Cretien Van Campen, Kerssens, & Peters, 2000). *Les assises théoriques de la satisfaction.* Bien que le nom de l'instrument semble indiquer qu'il porte sur la qualité des soins, sa conceptualisation et son développement laissent davantage croire qu'il s'agit d'un instrument de satisfaction. En effet, la définition de la qualité renvoie

directement aux notions déjà abordées dans la conceptualisation de la satisfaction. Les auteurs définissent la qualité par le degré de concordance entre la performance perçue des soins et services de santé sociaux et les besoins des individus en fonction de l'importance qu'ils leur accordent. De cette définition, les auteurs appliquent la formule suivante pour évaluer la qualité $Q_{ij} = P_{ij} \times I_{ij}$ où i est l'individu, P la fréquence du problème, I l'importance et j les différents aspects de la qualité des soins et services de santé. On remarque que cette définition rejoint celle de la satisfaction déjà présentée. Toutefois, la notion de qualité est plus large que la notion de satisfaction et n'inclut pas la dimension subjective retrouvée dans la définition de la satisfaction. (cote = +).

Les indicateurs de satisfaction. Le questionnaire comporte 32 items et trois sous-échelles : 1) processus, 2) structure et 3) général (cote = -).

La cohérence interne. L'instrument démontre une bonne cohérence interne. Les échelles « processus », « structure » et « général » ont obtenu respectivement des coefficients alpha de 0,79; 0,83 et 0,90 ($n = 320$) (cote = +).

La stabilité temporelle et la validité de construit. Il n'y pas de renseignements afin d'évaluer ces critères (cote = -).

La validité de contenu. Pour élaborer le QUOTE, des « focus group » ont été menés afin d'établir une banque d'énoncés. Deux « focus group », incluant huit femmes et cinq hommes de plus de 65 ans, ont participé à trois séances de discussion; 45 aspects ont été identifiés. Une version préliminaire du questionnaire, comprenant 37 énoncés généraux et 22 spécifiques aux aspects de la qualité des soins, a été envoyée à plus de 961 personnes âgées de plus de 65 ans et présentant des difficultés dans l'accomplissement des AVQ; 338 questionnaires ont été remplis.

Le questionnaire comprenait 59 aspects de la qualité avec une échelle en quatre points. Premièrement, pour l'importance de chacun des aspects il n'était pas mentionné sur quoi devait se baser l'évaluation, de « non important » à « extrêmement important ». Les items de performance réfèrent aux contacts avec les médecins généralistes, les intervenants en milieu hospitalier, l'aide à domicile et les agences dispensant des soins à domicile (cote = +).

Aucune autre étude de validation n'a été effectuée. Ce questionnaire tire son intérêt davantage par la méthode utilisée pour l'élaboration des énoncés et le calcul du score total. Cette méthode permet d'avoir une plus grande précision et de comparer, entre elles, chacune des dimensions.

La neutralité des énoncés, l'échelle de réponse et la variabilité des réponses.

Il n'y a pas de renseignements afin d'évaluer ces critères (cote = -).

Quality of care from the elderly Person's Perspective (QPP). (Wilde, Larsson, Larsson, & Starrin, 1994). *Les assises théoriques de la satisfaction.* L'une des forces de cet instrument est qu'il repose sur des assises théoriques clairement définies. La perception du patient est formée de son rapport avec la structure des soins de santé existante, son système de valeur, ses attentes et ses expériences. Il importe de considérer chacune de ces dimensions non pas prise une à une mais comme s'interinfluençant. Ces éléments sont déterminés par les ressources structurelles de l'organisation de soins de santé et par la préférence des patients. Les ressources structurelles sont de deux natures : les qualités du personnel constituant la structure (médecins, infirmières, intervenants, etc.) et les qualités en lien avec l'environnement physique et administratif. Les préférences du patient sont constituées par l'aspect rationnel par lequel le patient s'efforce d'ordonner et de prédire, et la dimension humaine qui est déterminée par l'attente d'être considéré par les autres comme étant unique (cote = +).

Les indicateurs de satisfaction. Le QPP est, comme dans le cas du QUOTE, un instrument qui porte sur la qualité des soins selon la perspective du patient.

La même critique que pour le QUOTE peut être soulignée, à savoir qu'il semble davantage être un instrument de satisfaction que d'évaluation de la qualité des soins puisque la dimension subjective du patient fait partie intégrante de sa conceptualisation et qu'elle influence directement la façon d'établir le score total. Le questionnaire comprend quatre catégories présentées précédemment et 17 sous-catégories, soit : soins médicaux, soins physiques, caractéristiques de la chambre, équipements de soins, nécessité personnelle, confiance, compréhension, préparation mentale, sympathie, intérêt, engagement, participation, intérêt de l'autre (écoute), traitement positif, atmosphère générale, occupation significative et non routinière. L'échelle de réponse est double. Premièrement, la personne devait évaluer sa perception face à un attribut de soins de santé spécifique et deuxièmement elle devait graduer son importance (cote = +).

La cohérence interne. L'instrument démontre une bonne cohérence interne puisque 16 des 17 indicateurs ont un alpha supérieur à 0,60 et que les quatre catégories ont des alpha respectifs de 0,85, 0,77, 0,76 et 0,82 ($n = 328$) (cote = +).

La stabilité temporelle et la validité de construit. Il n'y pas de renseignements afin d'évaluer ces critères (cote = -).

La validité de contenu. Des entrevues individuelles ont été menées auprès de personnes âgées de plus de 60 ans. Cette démarche a permis d'identifier 900 indicateurs de qualité regroupés en 27 catégories. Par la suite, le travail d'analyse a conduit à structurer l'organisation des soins de santé selon les quatre sous-échelles mentionnées précédemment (cote = +).

La neutralité des énoncés. Il n'y pas de renseignements permettant d'évaluer ce critère (cote = -).

L'échelle de réponse. Les échelles étaient de type Likert en quatre points, soit de « pas du tout d'accord » à « pleinement en accord » (cote = +).

La variabilité des réponses. Il n'y pas de renseignements permettant d'évaluer ce critère (cote = -).

Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8). (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979). *Les assises théoriques de la satisfaction.* La satisfaction du patient est conceptualisée comme une satisfaction personnelle face à un service spécifique. Cette définition est toutefois peu précise

Les indicateurs de satisfaction. Le CSQ-8 a été développé pour évaluer la satisfaction générale des patients face aux soins et services de santé. Le questionnaire original comprenait 31 items répartis selon huit catégories : l'environnement physique, le support du personnel, la qualité des services, la quantité de services offerts, le coût, les résultats, la satisfaction en général et les procédures. Cette version a ensuite été soumise à une analyse factorielle auprès de 248 personnes ayant reçu ou recevant des soins de santé mentale. La factorisation a démontré qu'un seul facteur expliquait plus de 75 % de la variance. Il a donc été conclu que les huit items pouvaient à eux seuls être une bonne mesure de la satisfaction (cote = +).

La cohérence interne. Le CSQ-8 a une structure unidimensionnelle composée de huit items qui mesurent la satisfaction en général. La corrélation interitems est très bonne quoique un peu élevée avec un alpha de Cronbach pour l'échelle globale de 0,93, 0,93 et 0,87 dans plusieurs études (Attkinsson & Zwick, 1982; Larsen, Attkinsson, Hargreaves, & Nguyen, 1979; Nguyen, Attkinsson, & Stegner, 1983) (cote = +).

La stabilité temporelle. Il n'y a pas de renseignements permettant d'évaluer ce critère (cote = -).

La validité de construit et la variabilité des réponses. La validité du questionnaire a été critiquée par Ware et Hays (1988) puisque, lorsque le libellé de la question identifie un intervenant en particulier, les réponses sont influencées par le biais de désirabilité sociale. Ce phénomène pourrait expliquer, en grande partie, la distribution anormale vers la droite, donc des résultats de satisfaction élevés (cote E = - et cote I = -).

La validité de contenu. Il n'y a pas de renseignements permettant d'évaluer ce critère (cote = -).

La neutralité des énoncés. Il n'y a pas de renseignements permettant d'évaluer ce critère (cote = -).

L'échelle de réponse. L'échelle de réponse n'est pas constante. Elle varie en fonction du libellé de la question. Elle implique certaines fois le mot « satisfait », d'autres fois non (cote = -).

Le Tableau 3 permet de comptabiliser le score obtenu par chacun des questionnaires selon la méthode de calcul précédemment définie. Cette compilation a comme objectif de déterminer les instruments les plus susceptibles de contribuer à l'élaboration du présent questionnaire. Le Tableau 4, quant à lui, résume les différentes qualités métrologiques des instruments présentés dans cette section.

Tableau 3

Évaluation des questionnaires de satisfaction

Critères de sélection		LOPSS	PSQ-II	LSSQ	HCSM	QUOTE	QPP	CSQ-8
Assises théoriques	A	+/-	+/-	+/-	+/-	+	+	+/-
Indicateurs de satisfaction	B	+	+	-	+	-	+	+
Fidélité	C	+	+	+	+	+	+	+
Stabilité temporelle	D	-	-	-	+	-	-	-
Validité de construit	E	+	+/-	+	+	-	-	-
Validité de contenu	F	+	+	+/-	+	+	+	-
Neutralité des items	G	+/-	-	-	+/-	-	-	-
Échelle de réponse	H	-	-	+	+	-	+	-
Variabilité des réponses	I	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		5	4	4	7	3	5	2,5

Tableau 4

Qualités métrologiques des instruments de satisfaction

INSTRUMENT	DÉFINITION DE LA SATISFACTION	FIDÉLITÉ.	VALIDITÉ
LOPSS	Niveau de congruence entre les attentes du patient et la perception que les soins infirmiers reçus ont été dispensés adéquatement.	Cohérence interne ($n = 100$) Technique-professionnel = 0,81 Éducation = 0,80 Confiance = 0,84	Validité discriminante ($n = 339$) LOPPS et anxiété ($r = -0,21$) LOPPS et dépression ($r = -0,20$) LOPPS et sentiment d'hostilité ($r = -0,27$) Analyse factorielle Insatisfaction (73,6 % de la variance) Support interpersonnel (13,8 % de la variance) Impression positive (6,3 % de la variance) Validité de contenu Évaluation des items par 75 personnes hospitalisées dans une unité d'oncologie
PSQ-II	Évaluation du patient face aux soins et services de santé dispensés par les intervenants. Les auteurs soulignent l'importance de l'évaluation subjective et des attentes du patient.	Cohérence interne ($n = 323$, échantillon de St-Louis) Accès aux soins = 0,60 Aspects financiers = 0,78 Accès global = 0,78 Disponibilité = 0,74 Continuité = 0,43 Attitude du médecin = 0,88 Stabilité temporelle Accès aux soins = 0,62 Aspects financiers = 0,69 Accès global = 0,71 Disponibilité = 0,62 Continuité = 0,63 Attitude du médecin = 0,78	Des études de validité convergente, discriminante et prédictive ont été effectuées. Les résultats démontrent que, dans l'ensemble, l'instrument rencontre les critères d'acceptabilité sauf en ce qui concerne la validité discriminante. Les résultats ne sont pas tous rapportés. Donc, une certaine réserve sur ces conclusions.

Tableau 4

Qualités métrologiques des instruments (suite)

INSTRUMENT	DÉFINITION DE LA SATISFACTION	FIDÉLITÉ.	VALIDITÉ
LSSQ	Évaluation cognitive et réaction émotionnelle face aux soins de santé.	Cohérence interne ($n = 52$) Hospitalisation = 0,86 Domicile = 0,77 Stabilité temporelle ($n = 21, 2$ semaines d'intervalle) 8 énoncés sur 13 ont un Kappa inférieur à 0,60	Validité convergente ($n = 149$) Faces Scales et LSSQ ($r = 0,67$) Validité discriminante Partiellement confirmée Validité de contenu Revue de littérature Entretien avec des gériatres Entretien avec des victimes d'AVC
HCSM	Évaluation cognitive de l'écart entre l'expérience vécue face aux soins reçus et les attentes du patient, et une réponse affective de cette évaluation.	Cohérence interne Aide domestique et soins à domicile = 0,85 et 0,86 ($n = 210$ et 93) Coordination des soins = 0,87 ($n = 207$) Services alimentaires = 0,82 ($n = 94$) Services d'épicerie = 0,74 ($n = 43$) Stabilité temporelle Échelle globale = 0,88 ($n = 100$) Aide domestique = 0,88 ($n = 91$); Soins de santé à domicile = 0,87 ($n = 35$) Coordination des soins = 0,85 ($n = 89$) Services alimentaires = 0,80 ($n = 49$) Services d'épicerie = 0,68 ($n = 20$)	Validité convergente Aide domestique et CSQ = 0,58 Soins de santé à domicile et CSQ = 0,58 Coordination des soins et CSQ = 0,63 Services alimentaires et CSQ = 0,59 Services d'épicerie et CSQ = 0,41 Validité de contenu Analyse qualitative à l'aide de 8 entrevues de groupe menées auprès de personnes âgées.

Tableau 4

Qualités métrologiques des instruments (suite)

INSTRUMENT	DÉFINITION DE LA SATISFACTION	FIDÉLITÉ.	VALIDITÉ
QUOTE	Degré de concordance entre la performance perçue des soins et services de santé sociaux et les besoins des individus en fonction de l'importance qu'ils leur accordent.	Cohérence interne (n= 320) Processus = 0,79 Structure = 0,83 Générale = 0,90.	Validité de contenu Analyse qualitative à l'aide de 2 entretiens de groupe menés auprès de 13 personnes âgées.
QPP	Perception du patient formée par son expérience avec la structure des soins de santé existante, son système de valeur, ses attentes et ses expériences. Ces éléments étant déterminés par les ressources structurelles de l'organisation de soins de santé et par la préférence des patients.	Cohérence interne (n = 328) Compétences techniques et médicales = 0,85 Conditions techniques et physiques = 0,77 Approches centrées sur l'individu = 0,76 Atmosphère socioculturelle = 0,82	Validité de contenu Des entretiens individuelles ont été menés auprès de personnes âgées de plus de 60 ans.
CSQ-8	Satisfaction personnelle face à un service spécifique.	Cohérence interne (n = 248) Échelle globale = 0,93	Critiquée par certains auteurs. Pas clairement établie.

En conclusion, l'étude des questionnaires initialement retenus n'a pas permis de cibler un outil répondant à l'ensemble des critères de sélection établis. Seul le HCSM démontrait à la fois des qualités métrologiques et des assises théoriques relativement intéressantes. Toutefois, la majorité des items de ce questionnaire sont axés sur les services d'aide ménagère, les services alimentaires et les services d'épicerie. Or, le développement du présent questionnaire a comme objectif d'évaluer l'ensemble des services et des soins de santé. En ce qui concerne les sept autres instruments, ils ne rencontrent que partiellement les critères de qualité. La plupart d'entre eux ne permettent pas de contourner les limites méthodologiques qui ont déjà été identifiées, à savoir l'absence de fondements théoriques, l'évitement d'un effet plafond dans les réponses (dissymétrie vers la droite) et le contrôle du biais d'acquiescement. À la lumière de ces constats, il semble que le développement d'un nouvel instrument de satisfaction dans le contexte d'un réseau intégré de service s'impose.

La dernière section de ce chapitre porte sur l'identification des différentes variables sociodémographiques qui déterminent la satisfaction chez les personnes âgées. Elle permettra d'apprécier l'impact de l'âge, du genre, du niveau d'éducation, du revenu, de l'état de santé physique, de l'état de santé mentale et du statut marital sur le degré de satisfaction à l'égard des soins et

services de santé. L'étude de ces variables, à l'aide du questionnaire développé, constituera en partie la troisième et dernière étude de cette thèse.

Les déterminants de la satisfaction chez la personne âgée

Les recherches sur la satisfaction tentent de mettre en lumière les relations existant entre le niveau de satisfaction des patients et les caractéristiques individuelles. Il est rapporté dans la documentation que ces caractéristiques, couplées à un contexte environnemental spécifique, viennent moduler la perception de la personne quant à la prestation des services de santé. Parmi ces variables, le statut socio-économique, le statut marital, le sexe et plus particulièrement l'âge du patient sont reconnus comme étant les plus significatives.

Âge. Parmi l'ensemble des personnes recevant des soins et des services de santé, plusieurs recherches suggèrent que les personnes âgées sont généralement plus satisfaites que les patients plus jeunes quant au déroulement des rencontres médicales (Cohen, 1996; Hall & Dornan, 1988; Rees Lewis, 1994). Plus spécifiquement, les personnes âgées tendent à être plus satisfaites de la relation avec leur médecin, que ce soit avant ou après la visite médicale (Callahan et al., 2000), du temps d'attente (Dolinsky & Caputo, 1990), de la

courtoisie des intervenants, du suivi médical, des soins de santé en général (Cohen, 1996) ainsi que des services de réadaptation physique (McKinnon, 2001). Certaines hypothèses ont été avancées pour expliquer ces différences. Les personnes âgées seraient plus enclines à se soumettre à l'autorité des médecins, à émettre avec réserve leurs opinions lors des visites médicales (Haug, 1996), à être moins critiques dans leur évaluation et à avoir des attentes moins élevées que les patients plus jeunes quant aux soins de santé dispensés (Rees Lewis, 1994). Toutefois, d'autres recherches n'ont décelé aucune relation significative entre l'âge et la satisfaction face aux soins reçus (Meng, Jatulis, McDonald, & Legorreta, 1997; Wilde, Larsson, Larsson, & Starrin, 1994).

Sexe. La majorité des études n'établissent aucune différence significative entre les hommes et les femmes quant à leur satisfaction face aux soins médicaux (Hopton, Howie, & Porter, 1993; Lee & Kasper, 1998). Ce constat est également endossé par Hall et Dornan (1988) dans leur méta-analyse sur la satisfaction ($n = 221$). D'autres recherches ont aussi confirmé qu'il n'existe pas de relation entre le sexe et la satisfaction à l'égard des qualités personnelles et des compétences professionnelles du médecin ainsi que de l'accessibilité aux soins et des soins de santé en général (Meng et al., 1997). Toutefois, certaines études ont démontré des résultats divergents à savoir que les femmes tendaient à être moins satisfaites que les hommes face aux soins dispensés par des

infirmiers(ères) (Van Servellen, Lewis, Leake, & Schweitzer, 1991) et des omnipraticiens (Khayat & Salter, 1994).

Niveau de scolarité et revenu. De façon générale, le niveau de scolarité est en rapport direct avec le niveau de satisfaction mais, selon les études, les conclusions sont différentes. Pour Lee et Kasper (1998), plus une personne présente un niveau d'éducation élevé, plus elle tend à être satisfaite de l'intervenant rencontré et des soins de santé dispensés. À l'opposé, Anderson et Zimmerman (1993) ont démontré que les personnes dont le niveau d'éducation était le plus faible tendaient à être plus satisfaites. Schutz, Lee, Schmitt, Almon et Baillie (1994) abondent dans le même sens lorsqu'ils confirment que les personnes qui manifestent le plus d'insatisfaction à l'égard des soins sont celles qui sont les plus scolarisées.

En ce qui concerne le revenu, il existe moins de contradiction dans les résultats. Plus les personnes ont un revenu élevé, plus elles manifestent de satisfaction (Khayat & Salter, 1994; Lee & Kasper, 1998). Il faut toutefois être prudent dans l'interprétation de ces résultats puisqu'ils proviennent d'études menées aux Etats-Unis où le système de santé est surtout privé. Les patients qui ont des moyens financiers élevés peuvent choisir des institutions de santé de meilleure qualité et conséquemment recevoir de meilleurs soins que les

personnes désavantagées économiquement (Hall & Dornan, 1988; Lee & Kasper, 1998).

État de santé physique. Plusieurs études ont exploré le lien entre la perception de son état de santé et le niveau de satisfaction. Cleary et McNeal (1988) ont découvert que la perception du patient face à son état de santé était un prédicteur de son niveau de satisfaction. En effet, plus une personne se perçoit en bonne ou excellente santé comparativement aux autres personnes de son âge, plus elle va être satisfaite des soins de santé qu'elle reçoit. Hall, Milburn et Epstein (1993) ont mené une enquête auprès de 526 personnes âgées. Grâce à des analyses acheminatoires, les auteurs ont établi l'existence d'une relation significative entre l'évaluation du statut de santé en début d'étude et leur satisfaction après un an; les patients qui présentent le meilleur état de santé sont les plus satisfaits. Il existe également un lien significatif unilatéral entre l'auto-perception de son état de santé et son niveau de satisfaction. La variable de santé la plus fortement prédictive du niveau de satisfaction est l'auto-perception de son état de santé. Les auteurs suggèrent qu'il n'existe pas de fait indéniable qui permet d'établir que les incapacités et les maladies entraînent une diminution de la satisfaction, mais toutefois l'expérience de la maladie et ses conséquences psychologiques néfastes comme la douleur, la frustration, la colère peuvent amener l'individu à modifier son opinion face aux

soins médicaux reçus. Les auteurs questionnent également le lien apparent entre le statut de santé et la satisfaction qui pourrait être partiellement expliqué par une attitude plus positive de la part des intervenants à l'égard des patients plus en santé.

Santé mentale. Certains auteurs ont également souligné l'existence d'un lien entre l'état émotionnel du patient et la satisfaction envers les soins (Aharony & Strasser, 1993; Capitman, Abrahams, & Ritter, 1997). Dans une étude, Herman, Ettner et Dorwart (1998) ont analysé l'impact des symptômes psychiatriques sur la satisfaction des patients recevant des soins de santé autres que psychiatriques. Les résultats démontrent que les patients âgés aux prises avec des problèmes psychiatriques sont vraisemblablement moins enclins à rapporter un niveau de satisfaction élevé face aux soins en général et le suivi accordé aux soins comparativement aux personnes ne présentant pas de tels troubles. Les personnes présentant des incapacités physiques et des troubles psychiatriques sont également moins susceptibles d'être satisfaites face aux soins de santé qu'elles reçoivent. Les patients âgés qui présentent des troubles anxieux sont significativement moins disposés à se dire satisfaits des services de santé que les patients présentant des incapacités et des troubles psychotiques ou d'autres troubles psychiatriques. Les auteurs notent qu'une explication pour un niveau de satisfaction plus faible chez les patients âgés et présentant des incapacités et des troubles psychiatriques serait qu'ils reçoivent des soins de moindre qualité.

Statut marital. Hall et Dorman (1988) rapportent des relations significatives entre un haut niveau de satisfaction et l'âge et inversement avec le statut social et le fait d'être marié. Encore une fois, il n'existe pas de lien clairement établi et faisant consensus concernant le statut civil et le niveau de satisfaction des patients face aux soins et services de santé (Black & Sanderson, 1993). Toutefois, certaines études démontrent que les personnes célibataires sont moins satisfaites des compétences professionnelles et du temps d'attente, mais plus satisfaites à l'égard de la conduite des médecins et de l'atmosphère de l'environnement dans lequel les soins sont octroyés (Sullivan, 1984).

En résumé, il semble très difficile d'établir une relation claire entre les différentes variables sociodémographiques et le niveau de satisfaction face aux soins et services de santé. Plusieurs recherches présentent des résultats et des conclusions opposés. Ce manque de cohérence entre les études pourrait être causé par des instruments de mesure inadéquats ou divergents quant au concept de satisfaction mesuré, donc qui engendrent des résultats peu fiables. De plus, les études répertoriées jusqu'à maintenant utilisent des devis de recherche si différents qu'il est difficile de pouvoir comparer les résultats entre eux. Il serait donc pertinent d'élargir les horizons et d'envisager, pour les fins d'analyse, des variables autres que sociodémographiques afin d'expliquer les changements dans le niveau de satisfaction.

Chapitre 3

L'autonomisation

Le présent chapitre propose premièrement d'apporter un éclairage sur ces différents aspects de l'autonomisation et de s'attarder davantage à la légitimité de recourir essentiellement à l'aspect individuel ou psychologique de l'autonomisation comme prémisse à l'élaboration d'un instrument de mesure sur l'autonomisation de la personne dans le cadre d'une intégration des soins et services de santé. Dans un deuxième temps, puisque l'autonomisation est un concept qui repose sur la notion de contrôle, nous définirons les concepts de perception de contrôle et de désir de contrôle, étudierons ces notions en lien avec l'autonomisation et la santé et dégagerons finalement la pertinence de s'y référer afin de mesurer ce construit.

L'émergence du construit d'autonomisation, qui a coïncidé avec les nouvelles réalités du 20^e siècle telles que l'accroissement de la migration des populations vers les milieux urbains et la concentration des richesses, fut tributaire d'un sentiment d'iniquité chez les individus les plus défavorisés (Wenocur & Reish, 1989). Bien que la présence d'institutions charitables ait contribué au ralentissement de ce phénomène, le mouvement d'autonomisation, d'abord connu sous le vocable anglais « empowerment », gagnait en popularité dans la communauté scientifique et particulièrement celle de la psychologie (Simon, 1994). Cette nouvelle condition possible, celle de « s'autonomiser », a contribué au développement de nouvelles méthodes d'interventions, à la

réforme des politiques existantes et à la mise sur pied de programmes sociaux en passant par l'assistance concrète aux services de protection des enfants (Simon, 1994). Toutefois, ce n'est que récemment que le milieu médical s'est conscientisé à l'importance du patient dans son processus de guérison ou de maintien de son état de santé (Labonté, 1994). Avec l'augmentation du nombre de services et de soins dispensés à domicile, l'autonomisation du patient s'est avérée déterminante pour une responsabilisation face à son état de santé. La maximisation de l'intervention repose désormais non seulement sur l'adéquation des diagnostics et des actes médicaux, mais également sur l'investigation des dispositions individuelles du patient à assurer un contrôle optimal sur sa convalescence ou du moins sur le maintien de son autonomie et de son état de santé.

Le concept d'autonomisation

Bien que plusieurs approches théoriques existent, de façon générale, l'autonomisation constitue l'habileté à prendre en main le cours de sa vie et d'exercer son "pouvoir d'agir" sur certains événements, et réfère implicitement à la notion de contrôle (Fetterman, Kaftarian, & Wandersman, 1996). Ainsi, l'autonomisation constitue l'habileté à contrôler sa vie par des actions qui favorisent le changement des facteurs limitant sa capacité de se prendre en

charge (Beckingham et Watt, 1995). Pris dans son extension la plus large, l'autonomisation renvoie à la capacité des gens de mieux comprendre et de mieux exercer son pouvoir sur les forces personnelles, sociales économiques et politiques qui déterminent leur qualité de vie, dans le but d'agir pour améliorer celle-ci (Israel, Checkoway, Schulz, & Zimmerman, 1994). De part cette définition, il est aisé de reconnaître que le concept d'autonomisation repose explicitement sur la notion de "pouvoir d'agir sur" dans l'objectif d'atteindre un résultat attendu. L'autonomisation se définit généralement selon trois niveaux distincts, soit l'individu, l'organisation et la communauté.

Les premiers pas vers l'autonomisation se font à un **niveau individuel**. L'autonomisation à ce niveau consiste en la conjonction de plusieurs capacités telles que la capacité d'identifier et d'exprimer des besoins, d'établir des objectifs et des plans d'action, de cibler les ressources disponibles et de se doter d'outils pour faire des choix rationnels face aux alternatives qui se présentent (Fetterman, Kaftarian, & Wandersman, 1996). Pour Eisen (1994), celle-ci se définit principalement par l'accroissement du sentiment de confiance en soi, d'initiative personnelle et de perception de contrôle. Il s'agit dès lors de reconnaître à la personne sa capacité à satisfaire ses besoins, à prendre les dispositions nécessaires pour pallier les difficultés rencontrées, à mobiliser les ressources susceptibles d'accroître son sentiment de contrôle face à sa propre

vie (Gibson, 1991) et à être motivée à entreprendre des actions initiatrices de changements (Anderson, 1991; Rappoport, 1987). Elle désigne donc la capacité d'un individu à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie (Doumont & Aujoulat, 2002). Conséquemment, cet effort individuel allié à des efforts de collaboration pourra permettre d'atteindre des buts définis en commun (Wallerstein, 1992).

Cette notion d'autonomisation individuelle ne pourrait s'optimiser sans la relation à l'autre, c'est-à-dire sans une dimension transactionnelle. Au **niveau organisationnel**, l'autonomisation est caractérisée par un partage des ressources où une relation d'ouverture mutuelle et de collaboration facilite le processus décisionnel et l'utilisation de son pouvoir de façon constructive ouvrant ainsi la voie à une connaissance éclairée et éclairante de ce qui est vécu (Barr & Cochran, 1992). En effet, l'autonomisation organisationnelle peut conduire à un processus d'action sociale qui favorise la participation des gens à l'intérieur d'une organisation dont les objectifs partagés permettent d'accroître leur contrôle sur un système plus vaste, sur les politiques et les décisions de la communauté dont ils font partie (Doumont & Aujoulat, 2002). À ce niveau, l'autonomisation individuelle, conjuguée à la dimension interpersonnelle, n'est qu'une amorce vers l'atteinte d'objectifs axés sur des changements qui se concrétisent par une participation active au sein du groupe ou de la

communauté et par la redistribution des ressources acquises à l'ensemble des participant (Rissel, 1994).

Le dernier niveau d'autonomisation se situe à un **niveau communautaire**.

« Une communauté « empowered » est une communauté dans laquelle les individus et les organisations utilisent collectivement leurs compétences et leurs ressources pour satisfaire leurs besoins respectifs. Ils s'entraident, résolvent leurs conflits et leur influence sur la qualité de vie de la communauté. Une communauté « empowered » est en capacité d'exercer une influence sur les décisions et les changements au sein du système social dont elle font partie » (p. 6) (Doumont & Aujoulat, 2002).

Swif et Levin (1987) proposent un modèle pour expliquer le processus menant à l'autonomisation communautaire où chaque stage est un pré-requis à l'atteinte du suivant. Ces étapes sont : 1) conscientisation critique face à une iniquité, 2) initiation d'une interaction sociale, 3) développement d'un sentiment de camaraderie entre personnes partageant une même vision et 4) engagement dans des actions délibérées afin de changer les conditions sociales des membres du groupe et qui aura, par achèvement, une incidence sur le sentiment d'impuissance ou de contrôle de chacun d'eux. Il est donc facile d'entrevoir l'influence d'une telle démarche sur les politiques en vigueur. En effet, l'autonomisation communautaire permet de changer les structures

actuelles et les relations de pouvoir entre les diverses instances, les intervenants et les individus (Sherwin, 1992) et constitue, de ce fait, un résultat au processus d'autonomisation.

Pour certains auteurs (Parsons, Gutiérrez, & Cox, 1998), l'autonomisation suit un continuum allant de la dimension personnelle, qui est rattachée à la dimension interpersonnelle, à la dimension communautaire en passant par la dimension organisationnelle. Selon Rappaport (1987), peu importe le niveau (individuel, organisationnel ou communautaire, l'autonomisation est constituée de quatre composantes fondamentales, soit la participation, le sentiment de compétence personnelle, l'estime de soi et la conscience critique. Ce n'est que lorsqu'il existe une synergie entre ces composantes que le processus menant à l'autonomisation est effectif.

Cette approche est également vraie en ce qui concerne l'autonomisation individuelle à laquelle est rattachée la composante interpersonnelle. Les étapes seront alors :1) avoir une conscience critique face à une iniquité ou un problème, 2) créer un environnement favorable à un apprentissage qui engage la participation de la personne, 3) participer activement à un processus d'apprentissage visant à maintenir, à renforcer et à développer ses compétences, 4) fixer des objectifs de concert avec d'autres personnes, en

s'appuyant sur les points forts et les ressources de ces dernières et 5) mettre en place les moyens de les atteindre (Stewart, Brown, Weston, McWhinney, McWilliam, & Freeman, 1995). Encore une fois, le résultat se concrétise par l'atteinte d'objectifs qui se manifestent généralement par des changements comportementaux.

L'autonomisation et la notion de contrôle

Il a déjà été mentionné que l'autonomisation constituait l'habileté à prendre en main le cours de sa vie (Fetterman, Kaftarian, & Wandersman, 1996). Cette disposition, comme il a été souligné précédemment à plusieurs reprises, implique la notion de contrôle qui est prépondérante dans la conduite adaptative humaine. Toutefois, une confusion persiste quant à la définition des concepts associés à la notion de contrôle, à leur spécificité, aux relations existantes entre eux ainsi que de leur incidence sur des variables de santé physique et psychologique. Cette section propose de définir les concepts de perception de contrôle et de désir de contrôle, de justifier leur pertinence dans l'évaluation de l'autonomisation et d'envisager leur lien avec la santé physique et psychologique.

La perception de contrôle tel que définie par Burger (1989) réfère à la croyance en sa capacité de modifier significativement un événement auquel un individu est confronté. Pour Rodin (1976), celle-ci correspond aux attentes que peut avoir une personne face à son potentiel de participer au processus décisionnel afin d'obtenir des conséquences désirées et un sentiment de compétence personnel face à une situation donnée. Cette définition rejoint en partie celle de Renz-Beaulaurier (1994) qui envisage la perception de contrôle comme étant modulée par la croyance de pouvoir être intégré au processus décisionnel, la disponibilité des ressources et l'attitude de l'individu face à l'autorité. Selon cette perspective, la perception de contrôle optimise l'adaptation à des situations non habituelles et facilite la maîtrise des éléments inhérents à l'accomplissement de certaines tâches. La perception de contrôle est donc envisagée selon les circonstances de vie de la personne et rejoint les aspects d'efficacité personnelle (Garant & Alain, 1995). Toutefois, la conceptualisation de Paulhus (1983) semble davantage en continuité avec notre objet d'étude puisqu'elle permet de subdiviser la notion de perception de contrôle selon trois sphères distinctes qui confèrent à l'individu un rôle actif, dans sa relation aux forces externes, afin de rencontrer ses objectifs préalables. La première sphère identifiée est liée à l'accomplissement personnel dans un contexte non social (p. ex. résoudre une énigme). La seconde sphère renvoie à la dimension relationnelle où la perception de contrôle intervient lors d'une interaction avec

une autre personne ou un groupe (p. ex. défendre ses intérêts lors d'une rencontre avec un intervenant). Finalement, la sphère sociopolitique, où la perception de contrôle peut être dénommé « contrôle sociopolitique », implique un engagement afin d'obtenir un certain contrôle sur les structures sociales et politiques (p. ex. dépôt d'un mémoire lors d'une consultation publique). Il importe de souligner qu'en raison de notre objet d'étude, qui est de construire un instrument de mesure d'autonomisation à l'intérieur d'une intervention impliquant un professionnel de la santé, seule la sphère relationnelle sera envisagée.

La perception de contrôle se distingue du concept de « locus de contrôle », qui est la perception de s'attribuer la responsabilité des événements qui surviennent dans sa vie (locus interne) ou à l'encontre qu'ils reposent sur des forces externes (locus externe) (Rotter, 1966), par la prise en compte des aspects situationnels de la vie d'un individu en interaction avec son environnement. En d'autres mots, la perception de contrôle tient compte de l'estimation cognitive et de l'espace de vie de la personne (Garant & Alain, 1995). En ce sens, la perception de contrôle, bien que l'incluant, est plus vaste que la notion de locus de contrôle.

La perception de contrôle se distingue également de l'autonomie psychologique, qui est définie comme la volonté d'exercer son pouvoir de décider et son pouvoir d'agir selon ses propres règles et valeurs (Dubé, Lamy, Lalande, Alain & Lapierre, 1990) en tenant compte de son intégration sociale. En effet, la perception de contrôle réfère à la « croyance de pouvoir », alors que l'autonomie psychologique réfère à la volonté « d'exercer son pouvoir ». Par exemple, il existe une distinction fondamentale entre croire pouvoir décider quelque chose (p. ex. croire que je peux décider quels services de santé me seront dispensés) et vouloir exercer son pouvoir décisionnel (p. ex. vouloir décider quels services de santé me seront dispensés).

Une dernière nuance doit être établie entre deux concepts apparentés, soit la perception de contrôle et le sentiment d'efficacité personnelle. Pour Bandura (1982, 1997), le sentiment d'efficacité personnelle est la « reconnaissance de son potentiel » à poser des actions appropriées et significatives pour atteindre des objectifs préétablis alors que la perception de contrôle est la « croyance » en sa capacité d'agir dans l'optique d'atteindre un but. Le sentiment d'efficacité personnelle, parfois dénommé compétence personnelle, constitue un déterminant notable dans l'amorce de changements comportementaux puisqu'il exerce une influence sur le processus décisionnel, les efforts déployés et la persévérance dans les actions entreprises. Par exemple, les individus adoptent

un comportement d'évitement lorsque les exigences relatives à l'activité semblent excéder leurs capacités et inversement, les personnes sont plus enclines à s'engager dans des activités qu'elles se sentent capables d'accomplir. Le sentiment d'efficacité va également influencer la décision d'adopter un comportement particulier et d'internaliser ce comportement (Menon, 1999). Force est de reconnaître que les concepts de perception de contrôle et d'efficacité personnelle sont pratiquement indissociables.

Au cours des dernières années, les résultats de plusieurs études ont permis de mettre en perspective l'association entre la perception de contrôle et certains effets positifs sur la santé psychologique ainsi qu'entre une diminution de la perception de contrôle et des affects dépressifs (Folkman, 1984; Skinner, 1996). Toutefois, ces conclusions ne semblent pas faire l'unanimité puisque dans une recension effectuée par Burger (1989), des résultats de recherches démontrent que l'augmentation de la perception de contrôle entraînerait chez certaines personnes des réactions négatives. Par exemple, une étude effectuée par Averill (1973) impliquant la relation entre la perception de contrôle et le stress, a permis de conclure que si la majorité des sujets éprouvant un certain niveau de contrôle voyaient leur niveau de stress diminuer, près de 20 % de l'échantillon manifestaient quant à eux une réaction opposée. Ces résultats mitigés laissent entrevoir la présence d'autres facteurs explicatifs sur la perception de contrôle.

Ce constat a contribué à amener les chercheurs à suspecter que le désir de contrôle, qui est la motivation à exercer un contrôle sur les événements de sa vie, pourrait être l'un des facteurs explicatifs de cette incongruité dans les résultats obtenus.

L'une des hypothèses avancées afin de rendre compte avec plus de justesse l'influence de la notion de contrôle sur la santé physique et psychologique nécessiterait l'utilisation conjointe d'une mesure de perception et d'une mesure de désir de contrôle. Il est donc de plus en plus admis que la mesure de l'écart entre la perception de contrôle et le désir de contrôle soit justifiée et nécessaire pour mieux comprendre l'impact de la notion de contrôle sur la santé physique et psychologique. En effet, dans une étude portant sur l'existence d'un lien parabolique entre la perception de contrôle et le désir de contrôle, les conclusions de Garant et Alain (1995) soulignent que plus l'écart entre ces variables est important plus les conséquences se révèlent néfastes pour la personne. À l'inverse, moins cet écart serait considérable plus la réaction de la personne serait positive. Cette façon originale de considérer simultanément le déséquilibre entre la mesure de la perception de contrôle et de désir de contrôle rendrait davantage compte de la réalité vécue qu'une simple considération à deux niveaux, soit une perception de contrôle faible ou élevée et un désir de contrôle faible ou élevé. Avant de considérer la pertinence d'utiliser

conjointement les concepts de perception de contrôle (relationnelle) et de désir de contrôle pour rendre compte du concept d'autonomisation dans l'intervention, il semble important d'examiner de quelle manière s'articule entre elles les notions de contrôle, d'autonomisation et de santé dans un contexte d'intervention.

L'autonomisation et la santé

Bien que certains auteurs préconisent de considérer l'autonomisation dans sa globalité, il est possible de cibler l'un des niveaux de l'autonomisation (Israel, 1994) en fonction des objectifs à atteindre. Le propos de cette étude, qui est essentiellement axé sur l'autonomisation d'une personne lorsqu'elle est en relation avec un professionnel de la santé, concerne un aspect spécifique du continuum d'autonomisation, soit celui d'autonomisation individuelle (relationnelle). Il semble donc pertinent de s'attarder essentiellement à cette composante puisque l'objectif est d'évaluer le renforcement individuel des patients à vivre et à agir avec la maladie ainsi que la notion de contrôle face à son état de santé (Easton, 1993). Pour cette raison, l'autonomisation sociale et communautaire ne seront pas retenues dans l'élaboration de l'instrument de mesure d'autonomisation face aux soins et services de santé puisque étant davantage une conséquence de l'autonomisation telle que nous l'envisageons.

En effet, il n'est pas anticipé que le contact avec les divers intervenants permette d'instaurer un contexte propice aux bouleversements des politiques. La plupart du temps, ces transformations résultent de regroupement d'individus partageant un intérêt commun et dont l'objectif est d'initier des actions pour modifier les structures étatiques existantes (Wallerstein, 1992).

Selon les auteurs, l'autonomisation peut être envisagée comme un **processus**, un résultat et parfois même comme les deux à la fois. Selon Kar, Pascual et Chickering (1999), l'autonomisation est un processus par lequel les individus, les communautés et les organisations renforcent leur pouvoir sur les sujets et les problèmes sur lesquels ils sont davantage interpellés. Il est nécessaire ici de considérer le processus en tant que démarche tenant compte d'un processus d'aide, d'un partenariat qui prend en compte soi-même et les autres, une prise de décision partagée ainsi que la liberté de faire des choix et d'accepter des responsabilités (Via & Salyer, 1999). Alors que pour Gibson (1991) « l'empowerment est un processus social de reconnaissance, de promotion et d'augmentation des capacités des personnes à rencontrer leurs propres besoins, résoudre leurs propres problèmes et pouvoir mobiliser les ressources nécessaires de manière à avoir l'impression de contrôler leur propre vie ». Cette dernière définition, qui inclut la notion de contrôle semble

davantage appropriée pour l'étude de l'autonomisation du patient en relation avec un intervenant. Selon (Doumont & Aujoula, 2002) l'autonomisation serait :

« un processus d'aide visant à assurer aux personnes le contrôle des facteurs pouvant affecter leur santé. Il s'agit d'un concept abstrait (difficile à définir), transactionnel (le processus implique d'être en relation avec autrui), multidimensionnel (une approche systémique est indispensable pour étudier l'empowerment dans la mesure où le concept d'empowerment est un concept multidimensionnel), positif (l'empowerment met plus l'accent sur les solutions que sur les problèmes) et dynamique » (p.9).

Il peut donc être remarqué que l'autonomisation en tant que processus conduit à la mise sur pied de stratégies axées sur la personne ayant pour but une prise de conscience de la situation à laquelle elle est confronté et conséquemment à réagir par une prise de décision éclairée.

Lorsqu'il est question d'autonomisation en terme de **résultat**, elle doit être envisagée comme la conséquence d'une action d'éducation pour la santé. Il s'agit de considérer les effets possibles, sur le patient, du processus d'autonomisation dans lequel il a participé de façon active. Pour Linnehan (2000), l'autonomisation en tant que résultat s'observerait lorsque la personne serait en mesure d'effectuer la transition entre un état de crise suite à la maladie

et un état d'acceptation de la maladie et d'adaptation à l'intégration d'un traitement d'auto-soins dans la vie de tous les jours.

L'autonomisation, la notion de contrôle et la santé

Au cours des 10 dernières années, les changements dans le système de santé ont nécessité le développement de services de maintien à domicile pour des personnes présentant certaines incapacités ou maladies (Hébert, 2001). Grâce aux avancées technologiques, la qualité des soins dispensés à domicile rivalise désormais d'efficacité avec ceux des milieux hospitaliers. Ce changement de pratique, pour bon nombre de personnes âgées, représente une alternative positive à leur façon de vivre et, pour la majorité, une première opportunité de choisir leur environnement de soins (Myers, 1995). Toutefois, ce n'est que récemment que les services de santé ont reconnu l'importance d'évaluer l'implication du patient dans son processus de guérison ou de maintien de son autonomie et d'une prise en charge responsable de son état de santé (Labonté, 1996). La maximalisation de l'intervention repose désormais non seulement sur l'adéquation des diagnostics et des actes médicaux, mais également sur l'investigation des dispositions individuelles du patient à assurer de façon optimale son bien-être.

Bien qu'il n'existe pas d'étude empirique qui établisse de lien entre l'autonomisation et l'amélioration de la santé, Wallerstein (1992) émet l'hypothèse qu'à l'instar de l'impact du soutien social sur la santé, l'autonomisation pourrait avoir les mêmes effets. Smith (1990) et Labonté (1994) soulignent, quant à eux, qu'il existe un lien entre la diminution de la perception de contrôle et un état de santé altéré. De plus, une intervention qui avive la perception de contrôle joue un rôle positif sur le maintien de l'état de santé (Lerman, Brody, & Caputo, 1990) et sur la fonctionnalité de l'individu (Bandura, 1997). En effet, les patients qui se perçoivent plus actifs dans leurs soins et leurs interactions avec l'intervenant ont une meilleure compréhension de leurs problèmes et des traitements y étant associés, obtiennent également davantage d'information, démontrent une perception de contrôle plus aiguë, se sentent rassurés et anticipent une amélioration plus marquée de leur condition (Caryn et al., 1990).

L'interaction entre le patient et l'intervenant est déterminante dans le processus des soins de santé. Elle est associée à une amélioration de l'état de santé, au statut fonctionnel, à la satisfaction des patients, à l'état psychologique et à l'observance des recommandations des intervenants (Greenfield, Kaplan, & Ware, 1985; Orth, Stiles, & Scherwitz, 1987). Dans le milieu de la psychiatrie, les efforts des médecins pour permettre aux patients d'exprimer leurs besoins,

leurs attentes ainsi qu'un certain contrôle sur le traitement à recevoir conduisent à améliorer les résultats sur la santé et la satisfaction (Eisenthal & Lazare, 1979). Il est donc important de donner l'opportunité aux patients de poser des questions et de discuter de leurs problèmes, de leurs tourments et inquiétudes et de leurs désirs puisque cela peut avoir des effets bénéfiques à la fois sur l'attitude face à la maladie et sur leur santé (Lerman et al., 1990). D'autres constats ont été relevés quant à l'interaction entre les personnes âgées et les intervenants. Il a été démontré que les médecins passaient moins de temps avec les individus de plus de 65 ans (Keeler, Solomon, Beck, Mendenhall, & Kane, 1982; Radecki, Kane, & Solomon, 1988) alors que d'autres font preuve d'âgisme en attribuant au patient âgé l'incapacité de tolérer ou de bénéficier d'une intervention dite plus « agressive » (Ford & Sbordone, 1980; Najman & Klein, 1982). Par ailleurs, les patients âgés sont vraisemblablement moins disposés à défier l'autorité des médecins, à poser des questions (Butow, Dunn, Tattersall, & Jones, 1994) et à détenir un certain contrôle dans leur processus de soins de santé (Kaplan, Gandek, & Greenfield, 1995). Ces différentes facettes peuvent altérer la relation patient/intervenant et affecter la réadaptation ou le maintien de l'état de santé des personnes qui avancent en âge (Greenfield, Blanco, Elashoff, & Ganz, 1987). La perception de contrôle et le sentiment d'efficacité personnelle peuvent alors diminuer et entraîner des réactions psychologiques qui, de façon unique ou en combinaison, conduisent à

la dépression, au découragement et à l'apprentissage du « besoin d'aide » (Myers, 1995). Lorsque placées en institution ou affligées de plusieurs incapacités, les personnes âgées apprennent peu à peu qu'elles doivent être aidées par les autres; elles peuvent même arriver à croire en leur inertie face à la résolution de leurs problèmes. L'apprentissage du besoin d'aide est une condition psychologique sérieuse qui est difficilement réversible une fois qu'il a été engagé; les gens sont souvent apathiques, dépressifs et non motivés aux changements.

Lorsque le concept d'autonomisation est abordé à l'intérieur d'un contexte d'intervention, soit lorsqu'une personne est en relation avec un professionnel de la santé, la notion de contrôle est omniprésente. La promotion de la santé est « le processus qui permet aux personnes de mieux contrôler leur santé et de l'améliorer en favorisant la capacité de chacun de gérer son état de santé. » (La santé pour tous...Ottawa). Les mécanismes proposés pour relever ce défi sont, outre l'initiative personnelle déjà mentionnée, l'entraide et la création d'un environnement sain. Dans ce contexte, l'initiative personnelle implique que les soins restent sous le contrôle de la personne qui les reçoit, qu'ils soient ou non prodigués directement par elle, ainsi que les décisions et les mesures que les individus prennent dans l'intérêt de leur propre santé (Orem, 1991). Par ailleurs, plusieurs domaines reliés aux soins de santé, entre autres la médecine et les

sciences infirmières, s'accordent pour reconnaître que l'autonomisation face aux soins de santé dépend entre autres choses de la notion de contrôle et de la motivation et s'applique aux aspects de la santé sur lesquels l'individu a le contrôle (par opposition aux politiques sociales et à la législation en vigueur) (Gantz, 1990).

Dans un contexte de promotion de la santé où celle-ci est considérée comme une ressource de vie quotidienne, l'autonomisation est perçue comme une source de renforcement du pouvoir individuel. En acquérant de nouvelles aptitudes, la personne est davantage en mesure de contribuer activement à générer sa propre santé et les conditions qui l'influencent (Kickbush, 1989).

L'autonomisation et l'intervention

Un modèle théorique a été élaboré par Cox et Longres (1981) pour expliquer l'autonomisation dans un contexte d'intervention. Ce modèle considère que l'intervenant et le patient entrent dans un processus dialectique, travaillant comme partenaire pour formuler le problème, revoir les actions qui permettent de bien comprendre le problème et planifier certaines stratégies. Salomon (1976) note que l'intervention axée sur l'autonomisation rencontre au moins un des quatre objectifs suivants. 1) Aider le patient à se considérer comme un

agent de changement relativement à son problème; 2) aider le patient à utiliser les connaissances de l'intervenant; 3) aider le patient à percevoir l'intervenant comme un partenaire dans la résolution de problème et 4) aider le patient à concevoir sa perception de contrôle comme pouvant être influencée.

La perception de contrôle est liée au sentiment de complémentarité face à la personne en position « d'autorité », soit l'intervenant, et à celui d'être intégré au processus décisionnel impliquant la détermination des ressources nécessaires pour combler ses besoins (Kuokkanen, 2000; Opie, 1998;). La perception de contrôle optimise l'adaptation à des situations non habituelles et facilite la maîtrise d'éléments inhérents à l'accomplissement de certaines tâches (Renz-Beaulaurier, 1995) telles que la recherche d'informations et de conseils. Le désir de contrôle repose, quant à lui, sur la motivation à entamer des actions appropriées et significatives pour atteindre des objectifs préétablis. Il constitue un déterminant notable dans l'amorce de changements comportementaux, puisqu'il exerce une influence sur les efforts déployés et la persévérance dans les actions entreprises (Renz-Beaulaurier, 1995). Dans un contexte d'autonomisation face aux soins et services dispensés, la relation qui s'établit entre la personne aidée et l'intervenant est déterminante. L'intervention doit nécessairement être redéfinie comme un partage de pouvoir où le professionnel est davantage une ressource qu'une directivité. Cette démarche devient dès lors

propice à une responsabilisation partagée (Barr & Cochran, 1992) qui replace la problématique au cœur des préoccupations de chacun. Une relation empreinte d'ouverture mutuelle et de collaboration permettra de faciliter l'accompagnement, de mettre à profit l'expertise professionnelle et de transmettre des connaissances éclairées et éclairantes afin d'optimiser le processus décisionnel.

Un dernier point reste à souligner en ce qui concerne l'autonomisation dans l'intervention, à savoir l'importance de l'implication des intervenants. Les différents professionnels de la santé jouent à leur façon un rôle déterminant dans le renouveau des systèmes de santé vers une plus grande accessibilité aux services. Dans une perspective d'autonomisation, ces professionnels doivent garder à l'esprit que le système social à privilégier est celui dans lequel les personnes exercent un contrôle direct sur les décisions et les événements qui ont un impact sur leur vie quotidienne (Rappaport, 1987). Les intervenants doivent ainsi être sensibilisés et comprendre que des forces sociales, politiques et économiques complexes, modulent la vie des individus. Il est important que le potentiel individuel à exercer des changements constructifs dans leur environnement soit investigué et reconnu. Il s'agit de reconnaître l'expérience subjective des personnes comme expertes de leur propre vie. Les professionnels doivent partager l'information avec leur clientèle (Hawley & Mc

Writter, 1991). L'*empowerment* implique donc des liens de collaboration aux plans pratique, administratif et professionnel qu'il faut absolument soutenir afin que des projets concrets motivent les femmes et les hommes à s'impliquer pour l'amélioration de leur état de santé et de leur qualité.

La perception de contrôle, le désir de contrôle et l'autonomisation

La présente section est fondamentale afin de bien comprendre comment, de façon conjointe, les notions de perception de contrôle et de désir de contrôle peuvent constituer une mesure d'autonomisation dans un contexte d'intervention. Pour ce faire, il importe de reconsidérer certaines définitions abordées précédemment.

L'autonomisation, dans un contexte de santé, est le pouvoir (power) de la personne à prendre en main les dispositions suffisantes et nécessaires afin de maintenir ou d'améliorer son état de santé. Prendre en main signifie ici « agir sur » ou encore « le pouvoir de ». Le « pouvoir de » est « un pouvoir qui est créateur et qui rend apte à accomplir des choses, l'essence même de l'aspect individuel du pouvoir (empowerment) : lorsqu'on a réussi à résoudre un problème, à comprendre le fonctionnement d'une chose ou à acquérir de nouvelle compétence » (p.1) (Caugergs, 2002). La notion d'autonomisation

réfère donc à la notion de contrôle des moyens mis à la disposition de l'individu. En effet, Doumont et Aujoulat (2002) soulignent que le principe d'autonomisation du patient suppose le développement d'un sentiment de contrôle et de pouvoir sur sa santé. Ces auteurs ajoutent que différents concepts tel que l'auto-efficacité, qui est imbriqué au concept de perception de contrôle, tendent « implicitement » vers l'autonomisation de la personne tout comme Tones (1993) qui affirme qu'un des facteurs au centre d'une action d'autonomisation pour un individu est la croyance en ses propres capacités de contrôle. Par ailleurs, Garant et Alain (1995) ont déjà démontré que le désir de contrôle couplé à la perception de contrôle permettait une évaluation plus englobante de la notion de contrôle et conséquemment une meilleure compréhension de cette notion sur le bien-être de la personne. Le « pouvoir de » semble donc tributaire de deux concepts sous-jacents, la reconnaissance de sa compétence personnelle à exercer un contrôle ainsi que la motivation à exercer ce contrôle (Longpré, Forté, O'Doherty & Vissandjée, 1998).

À la lumière de ces constats, il semble légitime d'émettre l'hypothèse que l'évaluation de l'autonomisation individuelle (relationnelle) de la personne dans un contexte d'intervention face aux soins et services procède implicitement de l'additivité des concepts de perception de contrôle à un niveau interpersonnel, tel que conceptualisé par Paulhus (1983) et la motivation à exercer un contrôle exprimé par l'importance qu'une personne accorde à mener une action. En effet,

la perception de pouvoir mener une action par laquelle un résultat désiré sera obtenu ou un résultat non-désiré évité couplée à l'importance (valeur) d'entreprendre cette action détermine le pouvoir exercé par un individu sur sa vie ou plus particulièrement, dans notre contexte d'étude, sur sa santé. Il n'est pas surprenant d'arriver à une telle conclusion puisque tout au long de ce chapitre ces trois aspects fondamentaux étaient explicites dans les diverses théories ou définitions présentées.

Il importe finalement de déterminer si l'autonomisation, telle que conceptualisée, est envisagée en tant que processus ou en tant que résultat. En fonction des définitions présentées, il semble que l'instrument développé permettra davantage d'évaluer le processus que le résultat. En effet, l'instrument ne viserait pas la mesure de l'autonomisation suivant une action éducative face à la santé, soit le résultat d'un processus, mais davantage l'influence de la relation et de la collaboration avec un intervenant sur son pouvoir de prendre en charge son état de santé.

Les questionnaires de l'autonomisation

Un examen de la documentation existante permet de constater qu'il n'existe pas, à ce jour, d'instrument permettant de rendre compte de tous les aspects

impliqués dans le concept d'autonomisation tel qu'exposé dans la section précédente. Les questionnaires existants ne portent généralement que sur une facette de l'autonomisation, c'est-à-dire le niveau de contrôle, le sentiment d'efficacité, l'interaction avec l'intervenant ou encore la recherche d'information liée au processus décisionnel. L'évaluation des prochains questionnaires ne pourra donc suivre la même démarche rigoureuse que celle employée pour l'analyse des outils de satisfaction. En effet, le premier critère pour procéder à l'étude des instruments de mesure, tant pour la satisfaction que pour l'autonomisation, était de reposer sur une définition claire et en lien avec les construits présentés. Or, même si aucun outil ne repose explicitement sur le concept d'autonomisation, il importe d'analyser brièvement trois questionnaires susceptibles de fournir certaines balises à l'élaboration des items constituant chacune des dimensions du questionnaire d'autonomisation. Ces questionnaires ont été recensés dans les banques informatisées suivantes : Medline (1993-2000), Psyclit (1989-2000), Ovid (full text) (1988-2000) et ProQuest (1986-2000). Les mots-clés utilisés pour la recherche étaient : empowerment, medical services, questionnaire, measurement, aging et elderly.

Patients' Perceived Involvement in Care Scale (PICS). (Lerman, Brody, Caputo, Smith, Lazaro, & Wolfson, 1990). Le PICS est un instrument qui porte sur l'évaluation de la perception du patient à l'égard de son interaction et de ses

comportements avec le médecin. Le questionnaire comporte 25 énoncés décrivant diverses interactions patient-médecin lors d'une visite à l'urgence. Les indicateurs desquels découlent les items sont : la description des questions-réponses, la recherche d'information, la prise de décision et l'expression de son opinion. L'échelle de réponse dichotomique repose sur deux termes, soit « accord » (1 point) et « désaccord » (0 point). Plus le score est élevé, plus la personne se perçoit comme étant impliquée lors de la rencontre avec le médecin. Les 25 énoncés ont été administrés à 131 patients adultes lors de leur visite à l'urgence. À la lumière des résultats, une seconde version a été administrée à 81 patients afin de valider les résultats de la première passation. La version finale du questionnaire comporte 13 items répartis selon trois catégories, soit l'attitude facilitante du médecin, l'échange d'information et l'implication du patient dans la prise de décision. L'instrument démontre une fidélité relativement bonne avec un alpha de Cronbach de 0,73 pour l'échelle globale. L'analyse factorielle a fait ressortir les trois dimensions mentionnées précédemment. Une validité concomitante a été effectuée entre le questionnaire de satisfaction de Ware et al. (1976) et le PICS. Seule, la sous-échelle « doctor facilitation » a été significativement corrélée avec le niveau de satisfaction.

Perceived Efficacy in Patient-Physician Interactions (PEPPI). (Maly, Frank, Marshall, DiMatteo, & Reuben, 1998). Le PEPPI est un instrument qui mesure

le sentiment d'efficacité relatif à la recherche d'information concernant ses problèmes de santé et sa capacité à mobiliser l'attention du médecin sur la problématique vécue. Le questionnaire comprend 10 questions avec une échelle de réponse Likert allant de 1 à 5, où 5 représente « vraiment confiant » et 1 « pas du tout confiant ». La version abrégée ne contient que cinq items. L'étude de validation, effectuée auprès d'un échantillon de 163 personnes âgées, confirma la validité discriminante et convergente de l'instrument. Selon l'hypothèse de recherche, il existe un lien significativement positif ($r = 0,17$, $p = 0,03$) entre le PEPPI et une attitude de coping positive (désirer être mieux informé, concevoir un plan d'action, exécuter le plan) et une relation négative entre le PEPPI et une attitude d'évitement ou de compensation (manger, boire et fumer pour se sentir mieux, décider de s'isoler, etc.) ($r = -0,27$, $p = 0,001$). La cohérence interne de l'instrument est de 0,90 pour l'échelle à 10 items et de 0,82 pour celle à cinq énoncés.

Strategies Used by People to Promote Health (SUPPH). (Lev, & Owen, 1996). Le SUPPH est un instrument qui porte sur la confiance du patient à développer des stratégies lui permettant de prendre soin de sa santé (sentiment d'efficacité). Il est constitué de huit items accompagnés d'une échelle de réponse en cinq points qui vont de « vraiment peu de confiance » (1) à « très grande confiance » (5). Pour valider le contenu des énoncés, 47 personnes ont

été interviewées sur les stratégies employées pour composer avec les traitements d'oncologie. L'analyse factorielle a démontré la présence de quatre facteurs, soit : les stratégies de coping, la réduction du stress, la prise de décision et la joie de vivre. Une étude de validité convergente a permis de conclure que le SUPPH était significativement en lien avec des croyances positives face à son état de santé ($r = 0,61, p < 0,001$). Une étude de validité divergente a également confirmé une association négative significative entre le SUPPH et le chagrin ressenti ($r = -0,38, p < 0,01$). La cohérence entre les items des quatre dimensions de l'instrument, soit coping, réduction du stress, prise de décision et joie de vivre démontre des alpha respectifs de 0,92; 0,86; 0,83 et 0,76. Il est à souligner qu'il y a très peu d'items (2) pour chacun des facteurs ce qui représente en soi une faiblesse.

L'utilité de cette dernière démarche réside essentiellement dans la consultation des énoncés rattachés aux différentes dimensions identifiées afin de s'en inspirer pour le développement de nouveaux items. Il importe de souligner que les énoncés du questionnaire d'autonomisation seront originaux et non seulement une traduction littérale.

Les objectifs de recherche

Cette thèse doctorale sous forme d'articles poursuit trois objectifs principaux, soit : 1) élaborer et valider un questionnaire de satisfaction face aux soins et services de santé, 2) élaborer et valider un questionnaire d'autonomisation face aux soins et services de santé et 3) identifier les facteurs qui déterminent le niveau de satisfaction et le niveau d'autonomisation. Afin de rencontrer ces objectifs, trois études distinctes ont été menées et ont conduit à la rédaction de trois articles scientifiques soumis dans différentes revues scientifiques de langue anglaise.

Les objectifs secondaires de la première étude étaient : 1) élaborer un questionnaire de satisfaction qui repose sur une conceptualisation claire et rigoureuse de la satisfaction face aux soins et services de santé; 2) élaborer et valider un questionnaire de satisfaction axé non seulement sur une problématique de santé ou un groupe spécifique de patients, mais sur l'ensemble des soins et des services de santé; 3) contrôler les risques d'introduire un biais d'acquiescement et, de ce fait, de diminuer la surestimation du niveau de satisfaction; 4) assurer une validité de contenu qui repose non seulement sur la documentation mais également sur une analyse qualitative; 5) développer un instrument dont les qualités métrologiques sont adéquates;

6) procéder à une analyse factorielle pour en déterminer la structure; 7) soumettre cette conceptualisation à une analyse factorielle confirmatoire et, finalement 8) traduire le questionnaire en langue anglaise.

Les objectifs spécifiques de la seconde étude sont relativement similaires à ceux de la première étude mais cette fois pour le concept d'autonomisation à savoir : 1) élaborer un questionnaire d'autonomisation qui repose sur une conceptualisation claire et rigoureuse de l'autonomisation face aux soins et services de santé; 2) élaborer et valider un questionnaire d'autonomisation axé non seulement sur une problématique de santé ou un groupe spécifique de patients mais sur l'ensemble des soins et des services de santé; 3) assurer une validité de contenu qui repose non seulement sur la documentation mais également sur une analyse qualitative; 4) développer un instrument dont les qualités métrologiques sont adéquates; 5) procéder à une analyse factorielle pour en déterminer la structure; 6) soumettre cette conceptualisation à une analyse factorielle confirmatoire et, finalement 7) traduire le questionnaire en langue anglaise.

Les objectifs secondaires de la dernière étude visaient à 1) identifier les déterminants de la satisfaction chez des personnes très âgées en fonction de variables sociodémographiques et de variables relatives à la santé; 2) identifier

les déterminants de l'autonomisation chez des personnes très âgées en fonction de variables sociodémographiques et de variables relatives à la santé et 3) vérifier empiriquement la force de la relation existante entre le concept de satisfaction et d'autonomisation ainsi que de leurs sous-échelles respectives auprès d'une population de personnes très âgées.

Chapitre 4

Article 1

Running Head: HEALTH CARE SATISFACTION QUESTIONNAIRE (HCSQ)

Submitted for publication in *Health Services Research*

Development and validation of an instrument to measure satisfaction with health
care and services in an elderly population: The Health Care Satisfaction
Questionnaire (HCSQ)

Maxime Gagnon ¹

Réjean Hébert ¹ MD, MPhil.

Micheline Dubé ² Ph.D.

Marie-France Dubois ¹ Ph.D.

¹ Research Centre on Aging
Sherbrooke Geriatric University Institute
1036 Belvédère South
Sherbrooke, Québec, Canada
J1H 4C4
Phone: (819) 829-7131
Fax: (819) 829-7141
maxime.gagnon@Usherbrooke.ca

² Department of Psychology
Université du Québec à Trois-Rivières
C.P. 500
Trois-Rivières, Québec, Canada
G9A 5H7
Phone: (819) 376-5085
Fax: (819) 376-5195

Abstract

Objective: To develop a questionnaire based on a clear definition of satisfaction, that has adequate psychometric properties, is suitable for the evaluation of health care and services in general, controls acquiescence bias, uses mixed content validity and has a simple, appropriate factor structure.

Data source: The HCSQ was developed and validated within the context of the Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA) in the Sherbrooke and Quebec City areas between February and October 2001 (province of Quebec, Canada).

Principal findings: The instrument's content and construct validity was established. Exploratory and confirmatory factor analyses were done with 850 subjects and confirmed the multidimensional nature of the concept of satisfaction. The three factors explained more than 52% of the total variance. The analysis of internal consistency produced Cronbach alpha coefficients of .93, .74 and .78 for Factors 1, 2 and 3 respectively. The alpha of the overall scale was .92. The ICC for the entire scale was .72 (95% CI: .52 - .84).

Conclusion: In light of these findings, the characteristics and multidimensional perspective of the HCSQ appear to be useful in advancing knowledge about health care and services satisfaction.

Key words: Satisfaction, Measurement, Health care, Health Services.

INTRODUCTION

In the past 20 years, satisfaction has been an important indicator of the quality of health care and services. The number of empirical and theoretical publications on patient satisfaction reflects this trend (Aharony & Strasser, 1993; Eisenberg, 1997; Hall & Dornan, 1988). This growing concern has necessitated the development of ways to quantify satisfaction and examine various health programs critically. This approach is particularly valuable for the advancement of knowledge in the field of health and social services, but also to support managers and decision-makers in their efforts to continuously improve care with elderly. From the patients' perspective, studying satisfaction is also important because it relates to behavioral changes that encourage patients to take responsibility for improving their health. Such changes include not missing appointments, following recommendations and prescribed treatments, as well as patients' loyalty to their physicians, which improves continuity of care (Newcomer, Preston, & Harrington, 1996; Sherbourne, Hays, Ordway, DiMatteo, & Kravitz, 1992; Steiber & Krowinski, 1990; Weingarten et al., 1995).

A large number of satisfaction questionnaires have been developed, but many of them have conceptual and/or methodological deficiencies. First, although the concept of satisfaction is mentioned frequently, it is rarely well defined. The measures are based, not on a clear and operationalized definition of

satisfaction, but on satisfaction indicators that are often not validated. For example, Boechler, Neufeld and McKim (2002) found only 6 out of 13 studies that included an explicit operationalized definition of satisfaction. Furthermore, although recent studies have shown the dual nature of satisfaction (affective and cognitive), few measures take these two dimensions into account separately (Hall & Doman, 1988).

Second, the phenomenon of acquiescence, which is the tendency to agree with a statement regardless of what the statement says (Wiggins, 1980), is a relatively frequent bias in satisfaction measures. This means that statements formulated in positive terms will produce higher satisfaction rates than statements formulated in negative terms, which will tend to lower satisfaction rates. How the statement is worded thus leads to an over- or under-estimation of real satisfaction (Cohen, 1996; Ross, Steward, & Sinacore, 1995). One of the ways used to try to reduce this bias was to include both positive and negative items, but this procedure did not have the expected results (Ross et al., 1995). The type of response available may also lead to an acquiescence bias and variations in the subjects' scores (Ware & Hays, 1988). For example, use of the word "satisfaction" as an anchor point in a Likert scale increases the satisfaction rate compared to a scale where the responses range from "poor" to "excellent" (Ware & Hays, 1988). Also, when the word "satisfaction" is used in a response scale, it is not possible to capture the affective dimension of the concept

properly (Gardial & Woodruff, 1996). Therefore, it is important to avoid any loaded words in both the statement's formulation and in the anchor points of the response scale since these limit the variability of the scores and often lead to a distribution skewed to the right, reflecting a very high level of satisfaction (Aharony & Strasser, 1993; Hall & Dornan, 1988). This "ceiling effect" is a relatively frequent problem in satisfaction studies and reduces the possibility of observing variations over time (Avis, Bond, & Arthur, 1995; Carr-Hill, 1992).

Third, relatively few satisfaction questionnaires are based on a mixed approach, i.e., both qualitative (content analysis based on consultations with experts and/or users) and quantitative (Aharony & Strasser, 1993). Some authors report that this approach adds a necessary and substantial element to the instrument's scientific value (Geron, Smith, Tennstedt, Jette, Chassler, & Kasten, 2000; Miller-Hohl, 1992; Sixma, Cretien Van Campen, Kerssens, & Peters, 2000).

Finally, the multidisciplinary and increasingly integrated nature of the present health care system also seems to be ignored since the psychometric properties of the majority of satisfaction instruments have been studied in relation to specific care units or medical programs (Geron, 1996). Boechler et al. (2002) reported that nearly half the satisfaction questionnaires they studied focused on the evaluation of care provided by nurses or physicians (Marsh, 1999).

Whether it is for conceptual or methodological reasons, until now there seems to be no instruments that rigorously measure the degree of satisfaction of the elderly with health care and services in general. Thus, it is difficult to accurately interpret the results of the various studies (LaMonica, Oberst, Madea, & Wolf, 1986), since satisfaction could be the result of a bias or an artefact of the questionnaire rather than the real opinion of the patients.

This study had five specific objectives. The first objective was to develop the Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ) with the elderly. This work was based on a clear and rigorous conceptualization of satisfaction with health care and services, focusing not on a specific health problem or group of patients but on health care and services in general, and aimed at controlling the risk of introducing an acquiescence bias, and thus reducing overestimation of the degree of satisfaction. The second objective was to assess the HCSQ's content validity on the basis of the satisfaction literature and the opinion of experts. The last three objectives were to study the instrument's psychometric properties, explore its structure with a factor analysis and submit this conceptualization to a confirmatory factor analysis.

Conceptualization of satisfaction

Most theoretical models view satisfaction as a comparative process between two complementary but distinct aspects, namely expectations and perceived performance (Churchill & Surprenant, 1982; Oliver, 1980). This duality inevitably leads to understanding this comparative process in both affective and cognitive terms since satisfaction is neither a pure emotion nor a pure cognitive evaluation (Evrard & Aurier, 1996; Oliver, 1993, 1997; Westbrook, 1987). The cognitive dimension was demonstrated many years ago with the disconfirmation of expectations paradigm (Oliver, 1993), while empirical results from more recent studies have also shown the presence of an affective dimension of satisfaction (Brockman, 1998; Spies, Hesse, & Loesch, 1997).

The disconfirmation of expectations paradigm implies that the consumer forms expectations before using a product or service, observes its performance when using it, and compares the perceived performance (P) with expectations (E), which confirms or disconfirms these expectations. Satisfaction is neutral when $P=E$, positive if P is greater than E and negative if P is less than E. Thus the level of expectations defines the boundary by which the judgement of disconfirmation/confirmation is determined and contributes to measuring the degree of satisfaction (Oliver, 1980). If performance exceeds expectations, there is satisfaction. If it does not, there is dissatisfaction (Westbrook, 1980).

Linder-Pelz (1982) was one of the leaders in conceptualizing patient satisfaction with health care. Based on satisfaction at work, he considered patient satisfaction as a positive evaluation of different dimensions of health care. He suggested measuring satisfaction using a procedure that would position the subject in the affective and evaluative dimensions. This assessment would be linked to the individual's beliefs about a particular health care attribute and to his/her evaluation of this attribute. This conceptualization has a direct impact on the measure of satisfaction since it is based on two distinct types of information, namely the strength of the belief and the evaluation of the attribute.

One definition, that is closer to the theoretical models suggested in the literature on consumer satisfaction, is the one proposed by Pascoe (1983). She bases her approach on the work of Oliver (1980) and Churchill and Surprenant (1982) who view satisfaction as a comparative process between expectations and perceived performance.

"Patient satisfaction is defined as a health care recipient's reaction to salient aspects of the context, process, and result of their experience. This view characterizes patient satisfaction as an evaluation of directly-received service. The evaluation is seen as a comparison of salient characteristics of the individual's health care experience to a subjective standard. The comparative process is in turn assumed to include two interrelated psychological activities: (a)

a cognitively based evaluation, or grading, of the structure, process, and outcomes of services; and (b) an affectively based response, or emotional reaction, to the structure, process, and outcome of services (p. 189).”

From this perspective, the evaluation of satisfaction is a comparison between the salient characteristics of an experience and a subjective standard. This subjective standard might be what should be offered, a subjective general assessment of past experiences, or a minimum threshold considered acceptable. The importance of this definition, as Oliver (1980) points out, lies in the dichotomization of the comparison process into a cognitive evaluation and an affective response to different aspects of care and services. It is generally accepted that the main aspects related to this evaluation relates are the service structure and the care process (Donabedian, 1988; Sixma et al., 2000). The service structure is defined by the resources and means used to attain a minimum quality of care and includes the facilities, equipment, and staff qualifications and number. The care process, which is the relationship between the individual and the health care providers, refers to the professional's behavior, the patient's behavior and the interactions between patient and professionals. This process also relates to the organization of care, which refers to the continuity of services, accessibility, and response to the patient's needs (Donabedian, 1988). These different dimensions, constituting the service structure and care process, were also highlighted by Hall and Dornan (1988).

METHOD

Development of the instrument

The HCSQ was developed and validated within the context of the Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA) in the Sherbrooke and Quebec City areas (province of Quebec, Canada) (Hébert et al., 2003). After identifying satisfaction indicators from the literature and generating corresponding items, the first version of the HCSQ was submitted to the evaluation of experts and pretested with French speaking participants. The final version was translated into English.

From the nine satisfaction indicators most frequently referred to in the literature, i.e., professional competence, care continuity, availability, accessibility to care, humanity, empathy, professional's willingness to provide information, efficiency and efficacy of the interventions, 77 statements were formulated in French and submitted to four experts in the health care field. They were asked to provide their comments in writing to establish the content validity. All items were formulated in neutral terms in order to reduce acquiescence bias. Of the original 77 items, 58 were considered pertinent and submitted to another committee of six health care experts to discuss their pertinence and the wording of the questions. We then eliminated the redundant items and produced a preliminary

version containing 43 items. Next, we conducted individual interviews with eight elderly people between 70 and 90 years of age to identify any statements that might be difficult to understand or ambiguous.

Each item had two response scales successively describing the person's subjective assessment of the health care and services received and an objective evaluation of the importance of this health care attribute. First the subject had to answer the following question: "Do you feel that... (for example, "... your choices were respected?"). The answers are based on the following 4-point Likert scale: 1=not at all; 2=somewhat; 3=very much and 4=extremely. The second question, related to the same element in regard to health care and services, evaluated the importance : "How important is it that... (for example, "... your choices are respected?"). In this case, the participant used the 4-point response scale : 1=not important at all; 2=slightly important; 3=very important, and 4=extremely important. The information gathered with the importance scale was used to weight the participant's subjective assessment based on his/her own standards, and to generate a more representative score of the person's experiences. Item product was calculated using the formula : $E(2P-E)$, where E = evaluation of expectations (importance) and P = perceived performance (subjective assessment). The score of HCSQ varied from -8 to 16 and was calculated by summing the cross-products derived for each item. This quantification of the degree of satisfaction was based on the work of Wilde,

Larsson, Larsson, and Starrin (1994). They established that the highest degree of satisfaction on an item (+16) was obtained when the subject gave the highest answers (4) on both the subjective assessment and the evaluation of the importance of the attribute. On the other hand, the lowest satisfaction score (-8) was obtained when the performance assessment was very low (1) and the expectation was very high (4). To estimate the level of satisfaction, we converted the scores into percentages by applying the following formula: $(\text{score} + 8)/24$. It is recommended that if the questionnaire is administered by interviewers so that the subject does not confuse the two aspects evaluated (Expectation and Performance).

Empirical testing

A revision of the items to make sure that the subject distinguishes the meaning of the two scales of measure, based on both quantitative and qualitative criteria, was carried out four months after data collection began for the PRISMA research program. After meeting with 50 participants (moderate to severe disabilities), six interviewers commented individually, in writing, and quantified their perception of the subjects' comprehension level and the validity of the answers on a 0-100% scale. There were four possibilities for each item: a positive agreement between the interviewers (average of 80-100%), a qualified agreement (average of 60-80%), a negative agreement (average less than 60%)

and an absence of agreement when there was great variability between evaluators. For the qualitative analysis, the interviewers' comments were analyzed to identify the difficulties associated with the different items. Secondly, a statistical criterion was used to analyze the test-retest reliability of each item (2 week interval) and the item-total correlation. In order to be retained, items had to have coefficients above 0.50 and 0.30 for these two aspects. Based on these two procedures, nine items were removed and six items were modified. Therefore, at this stage, the version of the HCSQ contained 34 items whose test-retest coefficients were between 0.54 and 0.70 and the item-total correlation coefficients varied from 0.30 to 0.67.

Participants

The psychometric properties of the instrument were examined using 873 subjects involved in the first wave of the Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA study) (Hébert et al., 2003). The inclusion criteria were to: 1) be 75 years of age or older; 2) have been identified as being at risk of losing autonomy by the Sherbrooke Postal Questionnaire (Raïche et al., 2004); 3) live at home or in collective households; 4) understand and speak French; and 5) agree to participate in the study. For the exploratory and confirmatory factor analyses, the sample was randomly split. No significant difference was observed between the two groups.

Procedure

Trained interviewers met with the participants in their home. When completing the satisfaction questionnaire, subjects were instructed to consider all contacts (discussions or interviews) they had had with a health worker during the last six months, so that their evaluation was not based on a single positive or negative experience. To help them answer, participants were given Q-cards describing the two response scales to refer to.

Exploratory Factor Analysis (EFA)

The Exploratory Factor Analysis (EFA) was carried out first to determine the factor structure of the satisfaction construct based on the manifest variables (items). The satisfaction items were examined using principal component factor analysis with an oblimin rotation. Factors whose eigenvalues were greater than 1 and that accounted for at least 5% of the variance were extracted. Also, an item had to load a factor by over 0.30 to be associated with it. In order to ensure that the variables retained formed a coherent aggregate and could constitute an adequate measure of the satisfaction concept, an adequation index of the structural solution was calculated (Kaiser-Meyer-Olkin KMO). On one hand, this index gives an appreciation of the correlations between the variables and, on the other, gives an estimate of partial correlations indicating the uniqueness of each variable's contribution (SPSS Guide, 1999).

Confirmatory Factor Analysis (CFA)

The confirmatory factor analysis (CFA), generated using LISREL 8.02, was used to test the viability of the structure derived from the EFA based on generally recognized adjusted goodness-of-fit criteria. The chi square statistic, the ratio between chi square and the number of degrees of freedom (< 2), the Root Mean Square Error Approximation (RMSEA) ($< .05$) (Browne & Cudeck, 1993), the Comparative Fix Index (CFI) ($> .90$) (Bentler, 1990), the Normed Fit Index (NFI) ($> .90$) (Bentler & Bonett, 1980) and the Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI) ($> .90$) (Jöreskog & Sörbom, 1993) were examined.

Using the results of the confirmatory factor analysis, convergent and discriminant validity were explored. The objective was to simultaneously obtain the best convergent validity of the factors associated with each latent variable (items) and the best discriminant validity between the latent variables. When the correlation between a factor and its associated variables (intraconstruct correlation) is above .5, the convergent validity criterion is fulfilled (Livolsi & Meschi, 2002). Conversely, when the correlations between the latent variables are less than those for the observed variables, it can be concluded that the latter are not associated with another factor (discriminant validity) (Bollen, 1989).

Reliability

Reliability studies were also carried out. Reliability was assessed by examining the internal consistency of the items related to the satisfaction measure (Cronbach, Gleser, Nanda, & Rajaratman, 1971). Test-retest reliability was studied with 38 subjects, with an average interval of 16 days between the two administrations, and was estimated by the intraclass correlation coefficient (ICC) (Lord & Novick, 1965).

RESULTS

The samples used to do the two factor analyses (EFA and CFA) comprised approximately the same number of men and women with an average age of about 82. The sociodemographic characteristics of the subjects are presented in Table 1.

----- Insert Table 1 -----

Exploratory Factor Analysis (EFA)

The exploratory factor analysis was carried out on 31 of the 34 satisfaction items since the last statement evaluated overall satisfaction and too many data were missing for items 24 and 25. These items referred to ADL/IADL (Activities of Daily Living/Instrumental Activities of Daily Living) and many of the subjects had not used services relating to these activities in the past six months. For the 31 items analyzed, the missing data were replaced by the subject's mean score, unless there were more than three missing data, in which case the questionnaire were excluded from the analysis ($n = 26$).

This first analysis was not conclusive because of the complexity of the solution and the presence of items loading several factors. We then removed the eight items showing a difference of less than .1 on the loading coefficients of different factors. For the second factor analysis, the remaining 23 items were grouped under three principal factors that explained 52.8% of the total variance in the results. Factor 1 was related to satisfaction with the relationship with the professional. The 12 items had saturation coefficients ranging from .46 to .82. Factor 2 referred to satisfaction with the delivery of care and services and included six statements whose saturation coefficients were between .54 and .70. Factor 3 comprises five items relating to satisfaction with the organization of

care and services, and their saturation coefficients varied from .43 to .76. The KMO index was .95, a value above .9 is considered "outstanding" (SPSS professional statistic). Items 24 and 25, which had been excluded from the analysis because of missing data, were added to factor 3 and the statement evaluating overall satisfaction were included in the global score. Table 2 presents the detailed results and mean satisfaction scores for each of the items.

----- Insert Table 2 -----

Confirmatory Factor Analysis (CFA)

The confirmatory factor analysis was done with the second half of the sample ($n = 440$). The main purpose of this study was to test the fit of the satisfaction model developed from the results of the exploratory factor analysis. The fit indices for this structure were satisfactory (CFI = .929; NFI = .888; AGFI = .872 and RMSEA = .06). However, the chi square analysis was significant ($\chi^2 = 579.74$, $df = 225$, $p < .0001$), rejecting the hypothesis of a perfect fit¹.

The majority of the correlations between the observed variables and latent variables were over .50 in the discriminant and convergent validity studies, but the correlations between the three factors were above .6, suggesting a strong correlation between the factors (Figure 1).

¹ The high χ^2 is the result of multiple weak loading coefficients

----- Insert Figure 1-----

Reliability

The analysis of internal consistency produced Cronbach alpha coefficients of .93, .74 and .78 for Factors 1, 2 and 3 respectively. The alpha of the overall scale was .92. The temporal stability of the instrument was examined in a test-retest study using 38 subjects. The intraclass correlation coefficients (Lord & Novick, 1965) for the three factors were .79 (95% CI: .63 - .89), .67 (95% CI: .45 - .81) and .76 (95% CI: .58 - .87), and .72 (95% CI: .52 - .84) for the whole scale.

The distribution of the responses to each of the statements follows a normal curve. No significant results were observed in the study of skewness or kurtosis, which shows that the distributions of the scores are symmetrical and well distributed. Figure 2 shows the distribution of the scores of the entire sample.

----- Insert Figure 2 -----

DISCUSSION

The objectives of this study were to develop a questionnaire based on a clear definition of satisfaction, that had adequate psychometric properties, was suitable for the evaluation of health care and services in general, controlled acquiescence bias, used mixed content validity and had a simple, appropriate factor structure.

The HCSQ showed good internal consistency, which suggests good homogeneity between the items. Also, the test-retest reliability confirmed that the instrument is stable over time. An interval of two weeks was considered short enough to reduce the maturation effect, i.e., avoid a major life event or a new contact with health care services that modified the individual's attitude, but long enough to avoid a bias caused by remembering the answers given on the first test (memory effect).

The development of the questionnaire (HCSQ) was based on an operationalization of the concept of satisfaction according to the work of Pascoe (1983) and Oliver (1980). This conceptualization recognizes two fundamental aspects of satisfaction: cognitive evaluation and subjective (affective) assessment. One of the difficulties with this dual conception was to make it applicable in concrete terms. We thought that collecting the information relating

to the same statement twice (expectations versus performance) was more appropriate, more economical and easier to do than trying to pinpoint these two dimensions through the actual content of the items. Also, the equation used to calculate the satisfaction score (Wilde, Larsson, Larsson, & Starrin, 1994) is not the only one that could be used. Subsequent research may show if it is preferable to weight one of the aspects differently or if it would be wiser to consider just the differential.

Given the moderate results, it is clear that the satisfaction levels were not excessively high, which confirms that there was no ceiling effect. Also, the distribution of the scores followed a normal distribution, which was a deficiency noted in other satisfaction questionnaires (Attkinsson & Zwinck, 1982; LaMonica et al., 1986). The phenomenon of acquiescence thus seems to be minimized, first by using an answer scale that did not directly refer to the concept of satisfaction (Ware & Hays, 1988) and second by basing the evaluation of satisfaction on both a subjective assessment (affective dimension) and a cognitive assessment, which allowed subjects to put their responses in perspective.

The content validity of the HCSQ was based on a literature review and on the analysis of the comments of the experts and professional evaluators who examined the statements in the instrument. This three-step approach ensured

that the items represented the realities of the health care system (experts), but also reflected what patients actually experience (interviewers). Future research should focus more on investigating the concept of satisfaction with patients by using a qualitative approach that goes beyond content analysis in order to minimize the gap between actual experience and evaluated reality.

The exploratory factor analysis showed the multidimensionality of the satisfaction construct with the presence of three distinct factors, namely satisfaction with the relationship with the professional, satisfaction with the delivery of services, and satisfaction with the organization of services. The unequivocal saturation of the statements on the three factors confirmed the specificity of each factor.

The hypothesis underlying the confirmatory factor analysis, namely that the concept of satisfaction with health care and services is determined by 3 latent variables (satisfaction with the relationship with the professional, satisfaction with the delivery of services, and satisfaction with the organization of services), with which 23 observed variables are associated, was confirmed. The goodness-of-fit tests, apart from the CFI, were very close to the threshold of acceptability for the adequacy of the model. Also, although the chi square test was not conclusive, we must point out that the sample was relatively large and this statistical test is very sensitive to sample size. When more than 200

subjects are included in the analysis, the probability that the chi square test is significant increases substantially (Schumaker & Lomax, 1996). On the other hand, the χ^2/DF ratio, which is an alternative measure, almost reached the minimum acceptability threshold of 2 (Byrne, 1990) and would meet the criterion of 3 determined by Arbuckle (1997), confirming the model's adequate fit.

The variables associated with Factor 1 evaluated the relationship between patient and professional and referred to the dimensions of the care process identified by Donabedian (1988). Factor 2 focused more on service structure by evaluating how care was delivered. Factor 3 related mainly to the organization of the available care. This conceptualization of satisfaction and the identification of its various components confirm the results of previous work (Donabedian, 1988; Hall & Dornan, 1988; Sixma et al., 2000).

Convergent validity was established between most of the observed and latent variables, except for items 13 and 14. However, even here the coefficients were very close to the threshold of .5 (Livolsi & Meschi, 2002). Discriminant validity, on the other hand, was not clearly demonstrated. According to this second hypothesis, the correlations between the latent variables would be lower than the intraconstruct correlations (correlation between the latent and observed variables). Although many of the intraconstruct correlations were higher than or

almost the same as the interconstruct correlations, the results for discriminant validity were not completely conclusive.

Furthermore, the HCSQ offers the possibility of pursuing empirical and theoretical research. It should be possible now to study the determinants of satisfaction with health care and services. Also, it is important to note that although this questionnaire was validated with an elderly clientele, it is not restricted to this population. The items were developed to be applicable to specific health problems, specific health services and care (home care versus institutional care), regardless of the patient's age.

In short, the HCSQ has good psychometric properties, an adequate factor structure, its operationalization was based on a rigorous theoretical framework of the concept of satisfaction, and the satisfaction ratings are not overestimated. In future research, it would be interesting to further evaluate other psychometric properties with english speaking elderly and proceed to interraters reliability, convergent and discriminant validity and do a rigorous qualitative analysis of satisfaction. The influence of acquiescence bias on the degree of satisfaction should also be examined in more detail by comparing different response scales (visual versus Likert) and various data collection methods (self-administered versus interviewer-administered, verbal responses versus written). In light of

these findings, the characteristics and multidimensional perspective of the HCSQ appear to be useful in advancing knowledge about patient satisfaction.

REFERENCES

- Aharony, L., & Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review, 50* (1), 49-79.
- Arbuckle, J. L. (1997). *AMOS users guide version 3.6*. Chicago: Small Waters.
- Attkinsson, C. C., & Zwinck, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ): Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning, 5*, 233-237.
- Avis, M. Bond, M., & Arthur, A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing, 22*, 316-322.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin, 107*, 238-246.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structure. *Psychological Bulletin, 88*, 588-606.
- Boechler, V., Neufeld, A., & McKim, R. (2002). Evaluation of client satisfaction in a community health centre: Selection of a Tool. *The Canadian Journal of Program Evaluation, 17* (1), 97-117.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Brockman, B. K. (1998). The influence of affective state on satisfaction ratings. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction, and Complaining Behavior, 11*, 40-50.

- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equations models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Byrne, B.M. (1990). *A primer of LISREL: Basic applications and programming for confirmatory factor analytic models*. New York: Springer-Verlag Inc.
- Carr-Hill, R. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine, 14*, 236-249.
- Churchill, G. A., & Surprenant, C. (1982). An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of Marketing Research, 19* (4), 491-504.
- Cohen, G. (1996). Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social Science and Medicine, 42* (7), 1085-1093.
- Cronbach, L. J., Gleser, G. C., Nanda, H., & Rajaratman, N. (1971). *The dependability of behavioral measurements*. New York: Wiley.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association, 260*, 1743-1748.
- Eisenberg, B. (1997). Customer service in health care: A new era. *Hospital and Health Services Administration, 42* (1), 17-31.
- Evrard, Y., & Aurier, P. (1996). Identification and validation of the components of the person-object relationship. *Journal of Business Research, 37* (2), 127-134.
- Gardial, S. F. & Woodruff, R. F. (1996). *Know your customer: New approaches to understanding customer value and satisfaction*. Cambridge, MA: Blackwell Pub

- Geron, S. M. (1996). Using measures of subjective well-being and client satisfaction in health assessments of older persons. *Health Care in Later Life, 1* (6), 185-196.
- Geron, S. M., Smith, K., Tennstedt, S., Jette, A., Chassler, D., & Kasten, L. (2000). The Home Care Satisfaction Measure (HCSM): A client-centered approach to assessing the satisfaction of frail older adults with home care services. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 55*, S259-S270.
- Hall, J. A., & Dorman, M. C. (1988). What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science and Medicine, 27* (9), 935-939.
- Hébert, R., Durand, P., Dubuc, N., Tourigny, A., & the PRISMA Group (2003). Prisma: A new model of integrated services delivery for frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care, 3*, 1-10.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8.02*. Chicago: Scientific Software International, Inc.
- LaMonica, E. L., Oberst, M. T., Madea, A. R., & Wolf, R. M. (1986). Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing and Health, 9*, 43-50.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine, 16* (5), 577-582.
- Livolsi, L., & Meschi, P. X. (2002). Méthodologie quantitative de la recherche en gestion des ressources humaines. In J. Allouche (Ed.), *Encyclopédie des Ressources Humaines*. Paris : Economica.
- Lord, F. M., & Novick, M. R. (1965). *Statistical Theory of Mental Tests*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Marsh, G. (1999). Measuring patient satisfaction outcomes across provider disciplines. *Journal of Nursing Measurement*, 7 (1), 47-62.
- Miller-Hohl, D. A. (1992). Patient satisfaction and quality care. *Caring*, 11, 34-37.
- Newcomer, R., Preston, S., & Harrington, C. (1996). Health plan satisfaction and risk of disenrollment among Social/HMO and fee-for-services recipients. *Inquiry*, 33, 144-154.
- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17 (4), 460-469.
- Oliver, R. L. (1993). Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20 (3), 418-430.
- Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction: On a behavioural perspective of the consumer*. New York: McGraw-Hill.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Raïche, M., Hébert, R., Dubois, M.-F., & PRISMA partners. (2004). *PRISMA-7: A screening tool to identify older adults with moderate to severe loss of functional autonomy*. Manuscript submitted for publication.
- 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.
- Schumaker, R. E., & Lomax, R. G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., DiMatteo, M. R., & Kravitz, R. L. (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: Results from the medical outcomes study. *Journal of Behavioral Medicine, 15* (5), 447-468.
- Sixma, H. J., Cretien Van Campen, J., Kerssens, L. P., & Peters, L. (2000). Quality of care from the perspective of elderly people: The QUOTE-Elderly instrument. *Age and Ageing, 29*, 173-178.
- Spies, K., Hesse, F., & Loesch, K. (1997). Store atmosphere, mood, and purchasing behavior. *International Journal of Research in Marketing, 14* (1), 1-17.
- SPSS Inc. (1999). *SPSS Base 10.0 for Windows user's Guide*. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Steiber, S., & Krowinski, W. (1990). *Measuring and managing patient satisfaction*. Chicago: American Hospital Publishing.
- Ware, J. E., & Hays, R. D. (1988). Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Medical Care, 26*, 393-402.
- Weingarten, S. R., Stone, E., Green, A., Pelter, M., Nessim, S., Huang, H., & Kristopaitis, R. (1995). A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines. *American Journal of Medicine, 99*, 590-596.
- Westbrook, R. A. (1980). A rating scale for measuring product/service satisfaction. *Journal of Marketing, 44* (40), 68-72.
- Westbrook, R. A. (1987). Product/consumption-based affective responses and postpurchase process. *Journal of Marketing Research, 24* (3), 258-270.
- Wiggins, J. S. (1980). *Personality and prediction: Principles of personality assessment*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., & Starrin, B. (1994). Quality of care : Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinav Journal of Caring Science*, 8, 39-48.

Table 1

Characteristics of the subjects in the confirmatory and exploratory factor analyses

Variables	Exploratory		Confirmatory	
	Men	Women	Men	Women
	167 (38.6) ¹	266 (61.4)	166 (37.7)	274 (62.3)
Age	81.2 (4.5) ²	82.5 (5.2)	80.9 (4.7)	82.3 (5.1)
Marital status				
Married	124 (74.3) ¹	76 (28.6)	122 (73.5)	60 (21.9)
Single	10 (6)	22 (8.3)	5 (3)	20 (7.3)
Widowed	31 (18.6)	158 (59.4)	33 (19.9)	190 (69.3)
Divorced		4 (1.5)	4 (2.4)	3 (1.1)
Separated	2 (1.2)	6 (2.3)	2 (1.2)	1 (0.4)
Education	6.2 (3.8)	6.8 (2.8)	6.5 (3.8)	6.8 (3.4)
Health				
Excellent	29 (17.4)	54 (20.6)	29 (17.5)	38 (13.9)
Good	80 (47.9)	108 (41.2)	77 (46.4)	137 (50.2)
Fair	48 (28.7)	84 (32.1)	48 (28.9)	85 (31.1)
Poor	10 (6)	16 (6.1)	12 (7.2)	13 (4.8)

¹ Frequency (percentage); ² Frequency (standard deviation)

Table 2

Exploratory factor analysis of the Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ)

Statements	Factor 1*	Factor 2	Factor 3	Mean (%)	S.D.
1) You can trust the professionals	.82			77	4.3
2) The professionals are courteous	.81			79	3.9
3) The professionals respect your privacy	.78			77	4.1
4) The professionals you met seem competent	.76			75	4.1
5) The professionals treat your information confidentially	.76			76	4.3
6) You receive honest answers to your questions	.73			73	4.6
7) The same professional looks after you each time	.71			73	5
8) The professionals treat you with respect	.69			77	4.1
9) The professionals show a sense of responsibility towards you	.65			73	4.4
10) The professionals really understand your needs	.61			73	4.5
11) The professionals you met take your problem seriously	.59			74	4.9
12) The professionals talk to you in words you can understand	.46			73	4.4
13) The professionals encourage you to get support from your family and		.70		47	4.5
14) The professionals tell you about the different choices you have		.65		52	5.6
15) The professionals give you advice regarding how to prevent the problem from recurring		.60		62	5.7

Table 2

Exploratory factor analysis of the Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ) (cont.)

Statements	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Mean (%)	S.D.
16) The professionals give you all the information you need about where to go, what to do and what not to do		.57		63	5.5
17) The professionals inform you about the available services		.57	.33	53	5.9
18) The professionals take your lifestyle into account		.54		59	5.4
19) The appointments you make with the professionals are obtained quickly			.76	58	5.9
20) You don't have to go through too many steps when you want to contact a professional			.76	65	5.8
21) You didn't have go through too many steps when you wanted to get help			.64	67	5.5
22) The professionals take the necessary time to take care of you			.46	70	5.1
23) The professionals are accessible at times that are convenient for you			.43	70	4.8
Eigenvalue	9.5	1.82	1.34	68	4.8
Variance (%)	39.58%	7.6%	5.59%	-	-

* Coefficients < .3 are not shown

Factor 1: Satisfaction with the relationship with the professional

Factor 2: Satisfaction with the delivery of health care and services

Factor 3: Satisfaction with the organization of health care and services

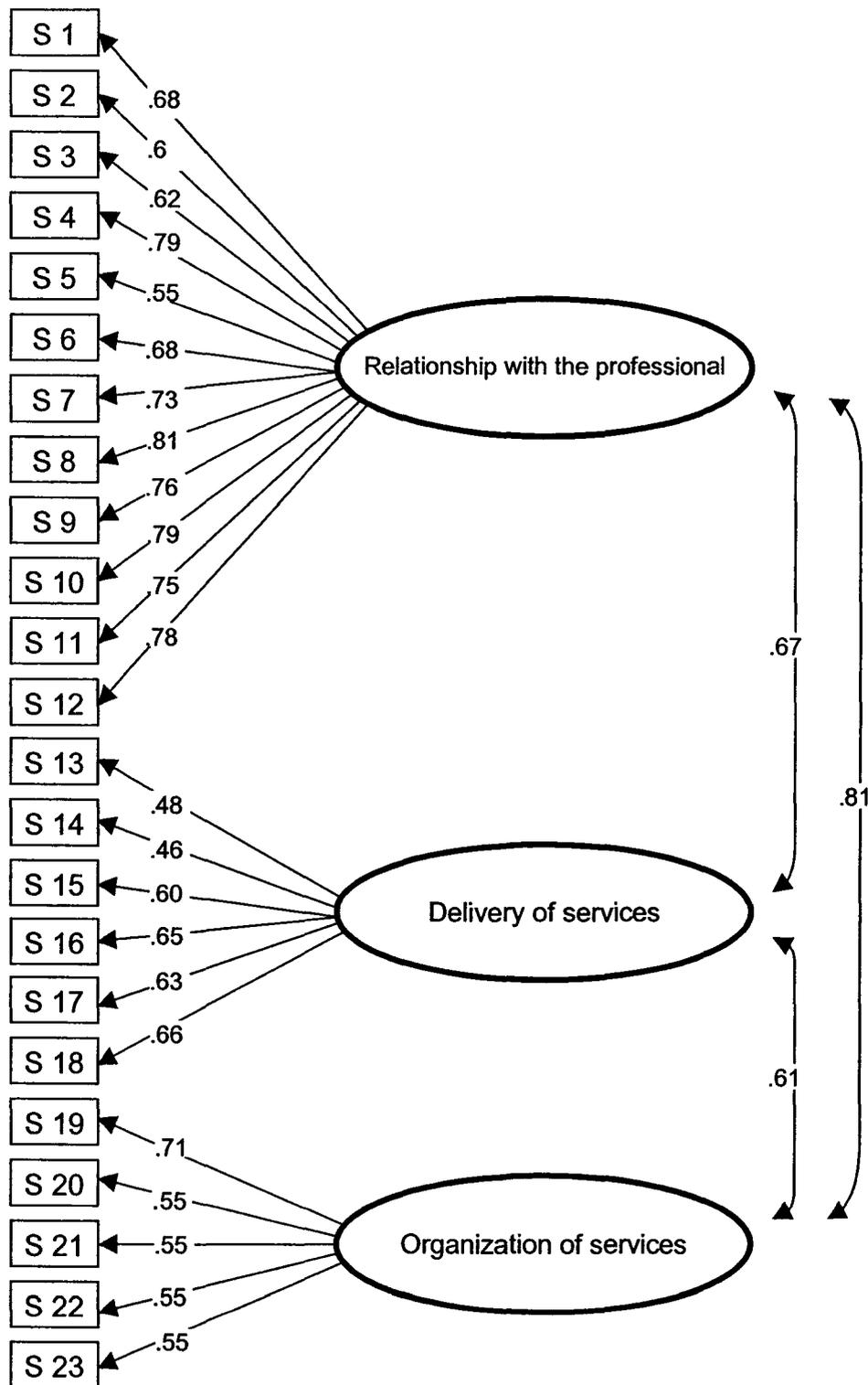


Figure 1. Structural equation model of satisfaction with health care and services based on the satisfaction questionnaire ($n = 440$).

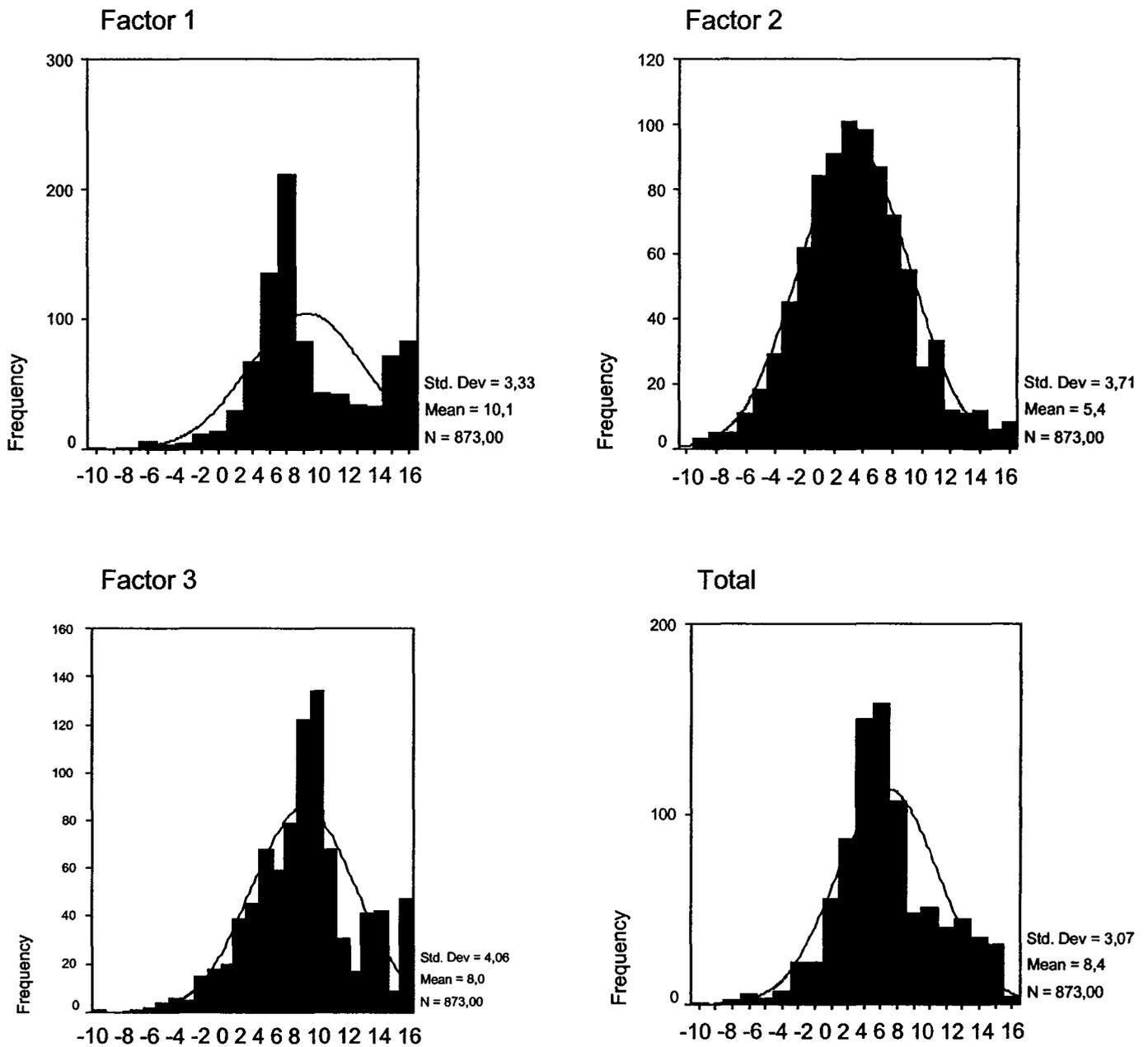


Figure 2. Distribution of the scores of the factors of satisfaction.

Note on the Authors

The PRISMA research program was set up with grants from the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) and the *Fonds de la recherche en santé du Québec* (FRSQ) awarded to Dr. Réjean Hébert and involves a partnership between 5 regional health boards in the province of Québec (Québec City, Mauricie/Centre du Québec, Montérégie, Laval and Sherbrooke). The data used in this work come from a study funded by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR).

Address for reprints: Maxime Gagnon, Research Centre on Aging, Sherbrooke Geriatric University Institute, 1036 Belvédère South, Sherbrooke, Québec, Canada J1H 4C4.

E-mail: maxime.gagnon@Usherbrooke.ca

Chapitre 5

Article 2

Running Head: HEALTH CARE EMPOWERMENT QUESTIONNAIRE (HCEQ)

Submitted for publication in *American Journal of Public Health*

Development and validation of an instrument measuring empowerment with
health care and services in an elderly population: The Health Care
Empowerment Questionnaire (HCEQ)

Maxime Gagnon ¹

Réjean Hébert ¹ MD, MPhil.

Micheline Dubé ² Ph.D.

Marie-France Dubois ¹ Ph.D.

¹ Research Centre on Aging
Sherbrooke Geriatric University Institute
1036 Belvédère South
Sherbrooke, Québec, Canada
J1H 4C4
Phone: (819) 829-7131
Fax: (819) 829-7141
maxime.gagnon@Usherbrooke.ca

² Department of Psychology
Université du Québec à Trois-Rivières
C.P. 500
Trois-Rivières, Québec, Canada
G9A 5H7
Phone: (819) 376-5011
Fax: (819) 376-5195

Abstract

Background: The purpose of this study is to develop a questionnaire based on a clear definition of empowerment, that has adequate psychometric properties, is suitable for the evaluation of health care and services in general, uses mixed content validity and has a simple, appropriate factor structure.

Methods: The HCEQ was developed and validated within the context of the Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA) in the Sherbrooke and Quebec City areas between February and October 2001.

Results: Exploratory and confirmatory factor analyses were done with 850 subjects and confirmed the multidimensional nature of the concept of empowerment. Factor analyses confirmed the presence of these three factors, which explain more than 68% of the total variance.

Conclusions: In light of these findings, the characteristics and multidimensional perspective of the HCEQ appear to be useful in advancing knowledge about health care and services satisfaction.

Key words: Empowerment, Measurement, Health care, Health Service

INTRODUCTION

As a result of changes in the health care system over the past 20 years, home care services have had to be developed for elderly with certain disabilities or diseases (Hébert, 2001). Thanks to technological advances, the quality and efficacy of home care are now comparable with what is available in hospital settings. For many older people, these changes in health services offer a positive alternative to how they live and, for most, the first opportunity to choose their care environment (Myers, 1995). However, it was only recently that the health care system recognized the importance of evaluating patients' involvement in the healing process or maintaining their autonomy, and in taking responsibility for their own health (Labonté, 1996). Maximizing interventions is now based not only on the appropriate diagnoses and medical procedures, but also on investigating patients' willingness to ensure their optimal physical well-being.

Definition of empowerment

Empowerment is a multidimensional construct that is defined as a mechanism that leads individuals, groups, organizations or communities to increase their control over problems they face (Rappaport, 1987). This construct covers a

continuum from psychological empowerment to social empowerment (Labonté, 1996). Although theoretical approaches vary, generally speaking, psychological empowerment refers to the ability to control the course of one's life (Fetterman, Kaftarian, & Wandersman, 1996) through actions that can modify the factors limiting the ability to take care of one's health (Beckingham & Watt, 1995). This self-determination is defined by two fundamental aspects: the perception of exercising control over one's existence (Thomas & Velthouse, 1990) and desir of control (motivation) (Longpré, Forte, O'Doherty et Vissandjée, 1998).

In a health care context, the perception of control is linked to the feeling that one is working with the health professional and is being involved in the decisional process that determines the resources required to meet one's needs (Opie, 1998). Perception of control optimizes adaptation to unusual situations and makes it easier to control elements involved in accomplishing certain tasks (Renz-Beaulaurier, 1994) such as obtaining information and advice. This approach is conducive of responsibility sharing (Barr & Cochran, 1992) and puts in perspective the problem of the person. The desir of control is based on the individual's motivation to take appropriate and meaningful action to achieve pre-determined objectives, and on the decisional process of adopting and internalizing a specific behavior (Menon, 1999, Renz-Beaulaurier, 1995). It is an important determinant in initiating behavioral changes, since it has an impact on

efforts and perseverance (Bandura 1982, 1997) and consequently on desir of control.

The empowerment in regard to health care and services imply that the professional acts more as a resource than a controller. The shared responsibility facilitates support and the transfer of knowledge (Barr & Cochran, 1992; Parsons, Jorgenses, & Hernandez, 1994). According to Solomon (1976), interventions focusing on empowerment have four distinct objectives: 1) to help the patient consider him/herself as a change agent in resolving the problem; 2) to help the patient use the professional's knowledge; 3) to help the patient view the professional as a partner, and 4) to help the patient reduce his/her feeling of powerlessness.

This dialectic approach (perception of control/desir of control) to helping a person become empowered has an effect on personal, interpersonal and environmental components (Compton & Galaway, 1994; Cox & Parsons, 1994). However, in a health care situation where meetings between patient and caregiver are usually occasional, this model does not seem to be entirely applicable. For example, personal aspects such as self esteem, self acceptance, identity and ego ideal relate to personality traits that are difficult to modify. It would be unrealistic to believe that such personality traits could be changed with a single positive contact with a health professional. Moreover, in these

relationships with various professionals, it is not possible to establish a context conducive to radical changes in existing policies which is part of community empowerment. Most of the time, these transformations result from individuals with a common interest getting together with the aim of initiating actions to modify policy structures (Wallerstein, 1992). This is why the empowerment dimension considered in this study is limited to the interpersonal component.

Although there are some instruments that evaluate patient/physician interactions (Lerman, Brody, & Caputo, 1990; Maly, Frank, Marshall, DiMatteo, & Reuben, 1998), to our knowledge, few instruments have been developed to measure the degree of empowerment of elderly when dealing with health care and services in general. Also, existing questionnaires are limited in that only one type of professional is targeted (physician). Given the ever-increasing complexity of care and the growing number of professionals involved in remission or health stabilization, professionals should be evaluated as a whole. Therefore, the objectives of this study were to describe the development of an instrument to measure empowerment in regard to health care and services, evaluate several psychometric properties, do a factor analysis to determine its structure, and then submit this conceptualization to a confirmatory factor analysis. The hypothesis of the final part of the study was that empowerment is composed of three latent

variables: degree of control, involvement in decisions and involvement in interactions with the professional.

METHOD

Development of the instrument

The Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ) was developed in the context of the Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA) (Hébert et al., 2003), by identifying empowerment indicators from the literature, generating corresponding items and pretesting the tool.

For the three empowerment indicators found in the literature – feeling of control, interaction with health professionals and decisional process – we formulated 31 statements that were evaluated by a committee of six health care experts. We then eliminated items that were redundant or subject to interpretation and produced a preliminary version of the questionnaire containing 17 statements. Next we conducted individual interviews with eight elderly people between 70 and 90 years of age to identify any statements that might be difficult to understand or ambiguous. This resulted in the modification of three items whose wording was too abstract or too complex.

Each item has two response scales successively describing the perception of control in regard to health care and services received and an the desir of control (motivation) evaluated by the importance of being "empowered". The information gathered via the importance scale was used to weight the participant's subjective assessment based on his/her own standards, and to generate a more representative score of the person's experiences. First the subject had to answer the following question: "Did you feel that... (for example, "... you asked for explanations"). The answers to this question were based on the following 4-point Likert scale: 1=not at all; 2=somewhat; 3=very much and 4=extremely. The second question relating to the same element of empowerment in regard to health care and services then asked: "How important is it that... (for example, "... you ask for explanations"). In this case, the 4-point response scale was 1=not important at all; 2=slightly important; 3=very important and 4=extremely important. The score varied from 1 to 16 and was calculated by summing the cross-products derived for each item. It establishes that the highest degree of empowerment on an item (+16) is obtained when the subject gives the highest answers (4) on both the perception of control and the desir of control determined by the importance of the attribute. Conversely, the lowest satisfaction score is obtained when the evaluation of perception of control and desir of control of the attribute is very low. It is better if the questionnaire is administered by interviewers so that the subject does not confuse the two aspects evaluated.

Empirical testing

A revision of the items to make sure that the subject distinguishes the meaning of the two scales of measure, based on both quantitative and qualitative criteria, was carried out with 50 subjects (moderate to severe disabilities). Six interviewers had to comment individually in writing and quantify their perception of the subjects' comprehension level and the validity of the answers on a 0-100% scale. There were four possibilities for each item: a positive agreement between the interviewers (average of 80-100%), a qualified agreement (average of 60-80%), a negative agreement (average less than 60%) and an absence of agreement when there was great variability between evaluators. For the qualitative analysis, the interviewers' comments were analyzed to identify the difficulties associated with the different items. Secondly, a statistical criterion was used to analyze the test-retest reliability of each item (two week interval) and the item-total correlation. In order to be retained, items had to have coefficients above 0.30 and 0.25 for these two aspects and the evaluators had to say that they were easy to understand. Based on these two procedures, seven items were removed and one was modified. Therefore, at this stage, the version contained 10 items whose test-retest coefficients were between 0.36 and 0.67 and the item-total correlation coefficients varied from 0.26 to 0.67 (Table 1).

----- Insert Table 1 -----

Participants

The instrument's psychometric properties were examined using 873 participants involved in the first wave of the PRISMA studies in the Sherbrooke and Quebec City areas (Hébert et al., 2003). The inclusion criteria were: 1) to be 75 years of age or older; 2) have been identified by the Sherbrooke postal questionnaire as being at risk of losing autonomy; 3) living at home or in collective households; 4) French speaking; and 5) to agree to participate in the study. For the exploratory and confirmatory factor analyses, the sample was split randomly into two groups. No significant difference was found between the two groups.

Procedure

Trained interviewers met with the participants in their home. When completing the empowerment questionnaire, the subjects were instructed to consider all their contacts with health professionals during the past six months so that their evaluation was not based on a single positive or negative experience. To help them, the subjects were given Q-cards describing the two response scales they had use to answer the questions.

Analyses

Exploratory Factor Analysis (EFA)

The exploratory factor analysis (EFA) was conducted to determine the factor structure of the empowerment construct based on the manifest variables (items). The 10 empowerment items were examined using principal component factor analysis with an oblimin rotation. The factors with eigenvalues over 1.5, which is more rigorous than the generally accepted criterion of 1, and which explained at least 10% of the variance were extracted. Also, an item had to load a factor by at least .50 to be associated with it. To ensure that the variables retained formed a coherent whole and could be used to constitute an adequate measure of the empowerment concept, a goodness-of-fit index of the structural solution was calculated (Kaiser-Meyer-Olkin, KMO). This index was used, first, to evaluate the correlations between the variables and, second, to estimate the partial correlations indicating the unique contribution of each of the variables (SPSS Guide, 1999).

Confirmatory Factor Analysis (CFA)

The confirmatory factor analysis (CFA), generated using LISREL 8.02, was used to test the viability of the structure derived from the EFA based on generally

accepted goodness-of-fit criteria. The chi square statistic, the ratio between the chi square and number of degrees of freedom (< 2), the Root Mean Square Error Approximation (RMSEA) ($< .05$) (Browne & Cudeck, 1993), the Comparative Fix Index (CFI) ($> .90$) (Bentler, 1990), the Normed Fit Index (NFI) ($> .90$) (Bentler & Bonett, 1980) and the Adjusted Goodness-of-Fit Index (AGFI) ($> .90$) (Jöreskog & Sörbom, 1993) were examined. For the 10 items analyzed, the missing data were replaced by the subject's mean score unless there were more than three missing data; 26 questionnaires were excluded from the analysis on this basis.

Using the results of the confirmatory factor analysis, convergent and discriminant validity were explored. The objective was to simultaneously obtain the best convergent validity of the factors associated with each latent variable (items) and the best discriminant validity between the latent variables. When the correlation between a factor and its associated variables (intraconstruct correlation) is above .5, the convergent validity criterion is fulfilled (Livolsi & Meschi, 2002). Conversely, when the correlations between the latent variables are less than those for the observed variables, it can be concluded that the latter are not associated with another factor (discriminant validity) (Bollen, 1989).

Reliability

Analyses of reliability were also carried out. Internal consistency was established using Cronbach's alpha (Cronbach, Gleser, Nanda, & Rajaratman, 1971). Test-retest reliability was studied with 38 subjects, with an average interval of 16 days between the two tests, and was estimated by the intraclass correlation coefficient (ICC) (Lord & Novick, 1965).

RESULTS

The samples used to do the two factor analyses (EFA and CFA) comprised approximately the same number of men and women with an average age of about 82. The sociodemographic characteristics of the subjects are presented in Table 2.

----- Insert Table 2 -----

The results of the EFA suggest that the 10 items on the empowerment questionnaire are grouped under three principal factors that explain nearly 69% of the total variance in the results (Table 3). The first factor relates to the patient's involvement in the decisional process. The three items (1, 2, and 3) have saturation coefficients ranging from .89 to .95. The second factor relates to

the patient's involvement in interactions with the professional and includes four statements (4, 5, 6, and 7) whose saturation coefficients are between .50 and .85. The final factor comprises three items (8, 9 and 10) relating to the patient's degree of control in regard to care and services received, and their saturation coefficients varied from .68 to .89. Finally, the KMO goodness-of-fit index of the structural solution was .78; a value of .80 is considered "commendable" (SPSS Guide, 1999).

----- Insert Table 3 -----

The confirmatory factor analysis was carried out on the second half of the sample ($n = 440$). The main objective of this study was to test the fit of the empowerment model developed from the results of the exploratory factor analysis. The fit indices for this structure are satisfactory (CFI = .979; NFI = .964; AGFI = .947 and RMSEA = .052). However, the chi square analysis is significant ($\chi^2 = 68,23$, $df = 31$, $p < .00013$), rejecting the hypothesis of a perfect fit¹.

The correlations between the observed variables and latent variables were over .6 in the discriminant and convergent validity studies, and the correlations between the three factors were below .51 (Figure 1).

¹ The high χ^2 is the result of multiple weak loading coefficients

----- Insert Figure 1 -----

The internal consistency analyses produced alpha coefficients of .79, .79 and .89 for Factors 1, 2 and 3 respectively. The alpha of the overall scale was .83. The intraclass correlation coefficients for the three factors were .62 (95% CI: .37 - .78), .70 (95% CI: .49 - .83) and .60 (95% CI: .35 - .77), and .70 (95% CI: .48 - .83) for all the items.

DISCUSSION

The purpose of this study was to develop an instrument to measure empowerment in regard to health care and services that presented adequate metrological properties, to evaluate its factor structure and to test it using confirmatory factor analysis.

The HCEQ showed good internal consistency, which suggests good homogeneity between the items. Also, the test-retest reliability study confirmed that the instrument is stable over time. An interval of two weeks was considered short enough to reduce the maturation effect, i.e., avoid a major life event or a new contact with health care services that modified the individual's attitude, but long enough to avoid a bias caused by remembering the answers given on the first test (memory effect).

Factor analyses were conducted with two different samples to identify the instrument's inherent structure and then confirm this modelization. The exploratory factor analysis confirmed the multidimensionality of the empowerment construct with the presence of the three expected factors, namely, degree of control in regard to health care and services, involvement in interactions with the health professional, and involvement in the decisional process regarding health care and services received. The unequivocal saturation of the statements on the three factors confirmed the specificity of each factor.

The hypothesis underlying the confirmatory factor analysis, namely that the concept of empowerment in regard to health care and services is determined by three latent variables (degree of control, involvement in interactions and involvement in decisions), with which the 10 observed variables are associated, was confirmed. The goodness-of-fit tests evaluated the fit of the model. Only the chi square test was not conclusive. However, we should point out that the sample was relatively large and this statistical test is very sensitive to sample size. When more than 200 subjects are included in the analysis, the probability that the chi square test is significant increases substantially (Schumaker & Lomax, 1996). On the other hand, the χ^2/DF ratio, which is an alternative measure, almost reached the minimum acceptability threshold of two

(Byrne,1990) and would meet the criterion of three determined by Arbuckle (1997), confirming the model's adequate fit.

Although this three factor conceptualization of empowerment is original, it does have some proven theoretical anchors. As the literature suggests, empowerment is defined by the feeling of control and the feeling of efficacy (Bandura, 1982, 1997; Fetterman et al., 1996) which, for the purposes of this study, were limited to the degree of control, involvement in interactions and involvement in decisions. The items associated with the degree of control are used to evaluate who is involved in the decisional process, the availability of resources and the collaboration with the professional, which are necessary aspects of a relationship based on empowerment (Opie, 1998). Similarly, factor 2 "involvement in interactions", included items related to the expression of one's needs and the individual's willingness to initiate steps relevant to one's health care situation (Barr & Cochran, 1992). The last factor – involvement in decisions – focuses on the propensity to make rational choices and take an active role in obtaining information useful in taking responsibility (Menon, 1999).

Convergent and discriminant validity were established. The hypothesis underlying convergent validity, which was confirmed, was that the correlations between the latent variables and observed variables would be above .5 (Livolsi

& Meschi, 2002). The second hypothesis, also confirmed, was that the correlations between the latent variables would be less than the intraconstruct correlations (correlation between the latent variable and observed variable).

Furthermore, the HCEQ offers the possibility of pursuing not just empirical research but also theoretical research. Theoretically, it is now possible to study the determinants of empowerment in regard to health care and services received. Also, it is important to note that although this questionnaire was validated with an elderly clientele, it is not restricted to this population. The items were developed to be applicable to specific health problems, specific health services and care (home care versus institutional care), regardless of the patient's age. The second interesting feature of the HCEQ is that it does not target a specific professional (physician), but rather health professionals as a whole. With the increasing complexity of care, a global measure is needed that can be used to assess empowerment in people with chronic diseases as well as those who have undergone a major surgical procedure.

In short, the HCEQ instrument has good psychometric properties and a factor structure showing a fit with the modelization of the concept of empowerment in regard to health care and services. In future research, it would be interesting to further evaluate its metrological properties, particularly interrater reliability, validate the HCEQ with english speaking elderly, and establish the relationship

with other constructs. It would also be interesting to include a social desirability scale to ensure that this bias does not affect the patients' answers. The characteristics and multidimensional perspective of the HCEQ appear to be useful in advancing knowledge about patient empowerment.

REFERENCES

- Arbuckle, J. L. (1997). *AMOS users guide version 3.6*. Chicago: SmallWaters.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy: Mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37 (2), 122-147.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman Company.
- Barr, D., & Cochran, M. (1992). Understanding and supporting empowerment: Redefining the professional role. *Networking Bulletin*, 2 (3), 3.
- Beckingham, A. C., & Watt, S. (1995). Daring to grow old: Lesson in healthy aging and empowerment. *Educational Gerontology*, 21, 479-495.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, 107, 238-246.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structure. *Psychological Bulletin*, 88, 588-606.
- Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*. New York: Wiley.
- Browne, M. W., & Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equations models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Compton, B., & Galaway, B. (1994). *Social work processes* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Cox, E. O., & Parsons, R. J. (1994). *Empowerment oriented social work practice with the elderly*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

- Cronbach, L. J., Gleser, G. C., Nanda, H., & Rajaratman, N. (1971). *The dependability of behavioral measurements*. New York: Wiley.
- Fetterman, D., Kaftarian, S. J., & Wandersman, A. (1996). *Empowerment evaluation: Knowledge and tools for self-assessment and accountability*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hébert, R. (2001). Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées: une solution prometteuse aux problèmes de continuité des services. *Le Médecin du Québec*, 36 (8), 77-84.
- Hébert, R., Durand, P., Dubuc, N., Tourigny, A., and the PRISMA Group (2003). Prisma: A new model of integrated services delivery for frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care*, 3, 1-10.
- Jöreskog, K. G., & Sörbom, D. (1993). *LISREL 8.02*. Chicago: Scientific Software International, Inc.
- Labonté, R. (1994). Health promotion and empowerment: reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, 21(2), 253-268.
- Labonté, R. (1996). Measurement and practice: Ethical claims in the use of quality of life, health promotion and empowerment. In R. Renwick, I. Brown & M. Nagler (Eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches* (pp. 132-145). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lerman, C. E., Brody, D. S., & Caputo, C. (1990). Relationships to attitudes about assessment recommendation. *Journal of Gerontology: Medical Science*, 52A, M44-M51.
- Livolsi, L., & Meschi, P. X. (2002). Méthodologie quantitative de la recherche en gestion des ressources humaines. In J. Allouche (Ed.), *Encyclopédie des Ressources Humaines*. Paris: Economica.

- Lord, F. M., & Novick, M. R. (1965). *Statistical theory of mental tests*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Maly, R. C., Frank, J. C., Marshall, G. N., DiMatteo, M. R., & Reuben, D. B. (1998). Perceived efficacy in patient-physician interactions (PEPPI): Validation of an instrument in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society, 46*, 889-894.
- Menon, S. T. (1999). Psychological empowerment: Definition, measurement, and validation. *Canadian Journal of Behavioural Science, 31* (3), 161-164.
- Mondros, J. B., & Wilson, S. M. (1994). *Organizing for power and empowerment*. New York: Columbia University Press.
- Myers, J. (1995). The psychological basis for empowerment. In D. Thursz, C. Nusberg, & J. Prather (Eds.), *Empowering older people: An international approach*. London: Cassell.
- Opie, A. (1998) Nobody's asked me for my view': Users' empowerment by multidisciplinary health teams. *Qualitative Health Research, 18*, 188–206.
- Parsons, R. J., Jorgenses, J. D., & Hernandez, S. H. (1994). *The integration of social work practice*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory of community psychology. *American Journal of Community Psychology, 15*, 121-147.
- Renz-Beaulaurier, R. L. (1995). The role of choice in empowering people with disabilities: Reconceptualizing the role of social work practice in health and rehabilitation settings. In L. Gutiérrez, & P. Nurius (Eds.), *Education and Research for Empowerment Practice* (pp. 195-205). Seattle, WA: Center for Policy and Practice Research.

Schumaker, R. E., & Lomax, R. G. (1996). *A beginner's guide to structural equation modeling*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

SPSS Inc. (1999). *SPSS Base 10.0 for Windows user's Guide*. Chicago, IL: SPSS Inc.

Solomon, B. (1976). *Black empowerment: Social work in oppressed communities*. New York: Columbia University Press.

Thomas, K. W., & Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment: An "interpretive" model of intrinsic task motivation. *Academy of Management Review*, 15, 666-681.

Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6, 197-205.

Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., & Starrin, B. (1994). Quality of care: Development of a patient-centered questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 8, 39-48.

Table 1
Results of the first evaluation

Items	Evaluators	Correlation	ICC*
1) That you ask for explanations.	No difficulty with the item	.67	.54
2) That you ask questions.	No difficulty with the item	.65	.77
3) That you are able to talk to a professional to answer your questions.	Item modified	.47	.52
4) That your choices are respected.	No difficulty with the item	.59	.31
5) That you obtain all the information you want.	No difficulty with the item	.6	.69
6) That you get the help you need.	No difficulty with the item	.36	.49
7) That you are a professional to take your problem seriously.	Difficulty to understand	.58	.47
8) That you give your opinion when a decision is made.	No difficulty with the item	.64	.67
9) That you ask for advice.	No difficulty with the item	.67	.26
10) That you suggest certain alternatives.	No difficulty with the item	.60	.64
11) That you insist on receiving certain specific services.	Difficulty to understand	.52	.32
12) That you express your fears and doubts.	Difficulty to understand	.52	.46
13) That you give your opinion.	Redundant. See item 8	.64	.24
14) That you and your loved ones decide the need for the health care and services received.	No difficulty with the item	.4	.49
15) That you and your loved ones decide the type of health care and services received.	No difficulty with the item	.42	.55
16) That you and your loved ones decide the amount of health care and services received.	No difficulty with the item	.57	.48
17) That you and your loved ones decide to choose health care options for the health care and services you want.	Difficulty to understand	.47	.45

* Intraclass coefficient correlation

Ensemble

Table 2

Characteristics of the subjects in the confirmatory and exploratory factor analyses

Variables	Exploratory		Confirmatory	
	Men	Women	Men	Women
	167 (38.6) ¹	266 (61.4)	166 (37.7)	274 (62.3)
Age	81.2 (4.5) ²	82.5 (5.2)	80.9 (4.7)	82.3 (5.1)
Marital status				
Married	124 (74.3) ¹	76 (28.6)	122 (73.5)	60 (21.9)
Single	10 (6)	22 (8.3)	5 (3)	20 (7.3)
Widowed	31 (18.6)	158 (59.4)	33 (19.9)	190 (69.3)
Divorced		4 (1.5)	4 (2.4)	3 (1.1)
Separated	2 (1.2)	6 (2.3)	2 (1.2)	1 (0.4)
Education	6.2 (3.8)	6.8 (2.8)	6.5 (3.8)	6.8 (3.4)
Health				
Excellent	29 (17.4)	54 (20.6)	29 (17.5)	38 (13.9)
Good	80 (47.9)	108 (41.2)	77 (46.4)	137 (50.2)
Fair	48 (28.7)	84 (32.1)	48 (28.9)	85 (31.1)
Poor	10 (6)	16 (6.1)	12 (7.2)	13 (4.8)

¹ Frequency (percentage); ² Frequency (standard deviation)

Table 3

Exploratory factor analysis of the empowerment questionnaire (n = 433)

Statements	Factor 1*	Factor 2	Factor 3
1) That you ask for explanations.	.92		
2) That you ask questions.	.95		
3) That you ask for advice.	.89		
4) That you are able to talk to a professional to answer your questions.		.77	
5) That your choices are respected.		.50	
6) That you obtain all the information you want.		.78	
7) That you get the help you need.		.85	
8) That you and your loved ones decide the need for the health care and services			.68
9) That you and your loved ones decide the type of health care and services received.			.89
10) That you and your loved ones decide the amount of health care and services			.82
Eigenvalue	3.71	1.66	1.49
Variance explained (%)	37.12	16.59	14.94

* Coefficients < .3 are not shown

Factor 1 = Involvement in decisions

Factor 2 = Involvement in interactions

Factor 3 = Degree of control

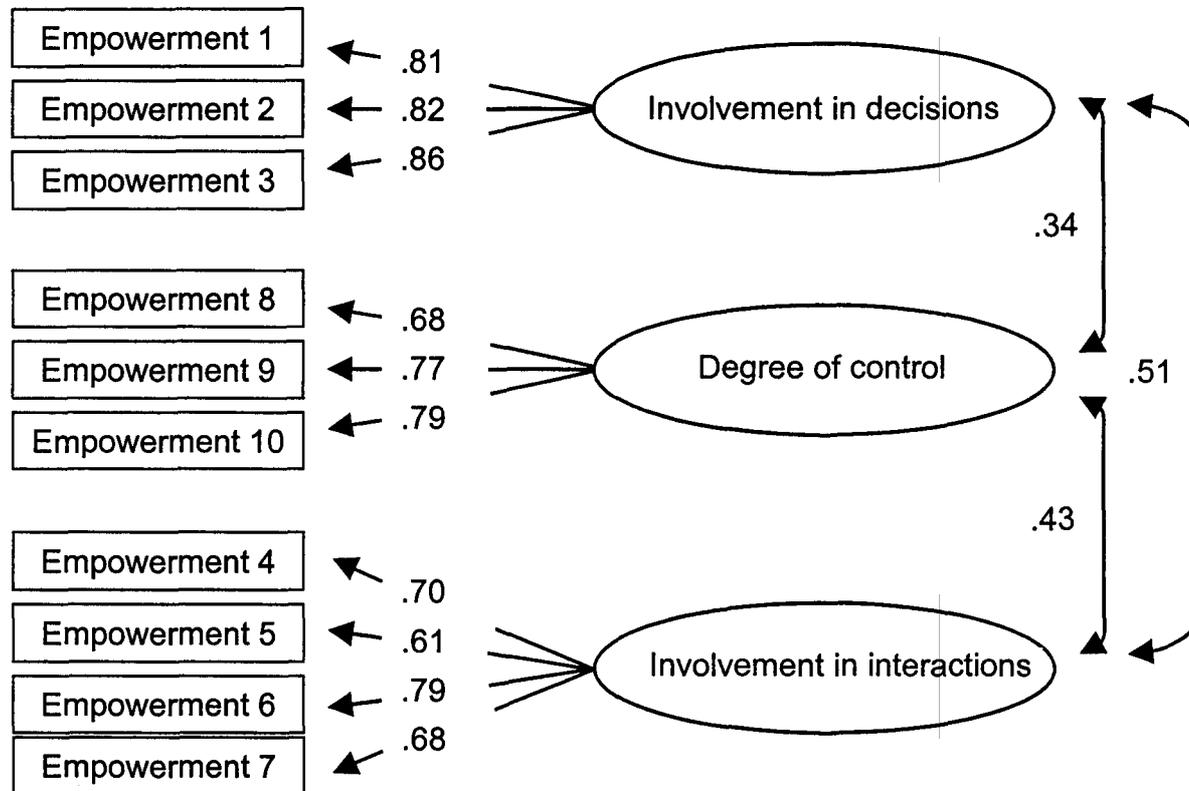


Figure 2. Structural equation model of empowerment in regard to health care and services based on the empowerment questionnaire ($n = 440$).

Note on the Authors

The PRISMA research program was set up with grants from the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) and the *Fonds de la recherche en santé du Québec* (FRSQ) awarded to Dr. Réjean Hébert and involves a partnership between 5 regional health boards in the province of Québec (Québec City, Mauricie/Centre du Québec, Montérégie, Laval and Sherbrooke). The data used in this work come from a study funded by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR).

Address for reprints: Maxime Gagnon, Research Centre on Aging, Sherbrooke Geriatric University Institute, 1036 Belvédère South, Sherbrooke, Québec, Canada J1H 4C4.

E-mail: maxime.gagnon@Usherbrooke.ca

Chapitre 6

Article 3

Running Head: Determinants of satisfaction and empowerment

Submitted for publication in *Age and Ageing*

Determinants of satisfaction and empowerment in the very old

Maxime Gagnon ¹

Réjean Hébert ¹ MD, MPhil

Micheline Dubé ² Ph.D.

Marie-France Dubois ¹ Ph.D.

¹ Research Centre on Aging
Sherbrooke Geriatric University Institute
1036 Belvédère South
Sherbrooke, Québec, Canada
J1H 4C4
Phone: (819) 829-7131
Fax: (819) 829-7141
maxime.gagnon@Usherbrooke.ca

² Department of Psychology
Université du Québec à Trois-Rivières
C.P. 500
Trois-Rivières, Québec, Canada
G9A 5H7
Phone: (819) 376-5011
Fax: (819) 376-5195

Abstract

Introduction : The purpose of this study is to assess the determinants of satisfaction and empowerment among elderly adults with healthcare services and to determine whether these specific construct are related.

Design and Methods: Participants were identified from the Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA) being conducted in the Sherbrooke and Québec City areas in the province of Québec, Canada.

Results : Although several sociodemographics variables had significant effects on the degree of satisfaction and empowerment, the health variables, specifically the autoperception of its health ($p < 0,005$), are the most determining. The results also suggest a relation between satisfaction and empowerment ($r = 0,61$; $p < 0,001$).

Implications : Satisfaction and empowerment are important indicators when evaluating the quality of health care and services. This is particularly valuable for the advancement of knowledge in the field of health and social services, but also to support managers and decision-makers in their efforts to continuously improve care.

Key words: Satisfaction, empowerment, elderly adults, healthcare services

INTRODUCTION

The number of seniors has considerably increased in Quebec and Canada over the past 20 years. At the end of the 1970s, people over 65 represented 8.2% of the population, while in 1990, this rate was 11% (Santé et bien-être social Canada, 1993). The number of elderly people (85 years and over) is also noteworthy, since by 2021, this population will have grown by 150% (Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2001). This drastic change in demographic composition can in large part be attributed to the increase in life expectancy, which has reached 81.5 years for women and 75.2 years for men (Bureau de la statistique du Québec, 1999). According to the Institut de la statistique du Québec, seniors consume over 40% of health services, even though they only make up 12% of the population. They are also hospitalized 3.2 times more often (25.2% versus 7.8%) than the rest of the population (ISQ, 2001). We must therefore recognize the major impact that demographic ageing has on the use of health services.

This new reality requires the development of a number of geriatric services, such as assessment of severe situations, mitigation of disabilities, and functional rehabilitation, in order to meet the needs of seniors. However, the complexification of interventions, combined with the multiplicity of professionals involved in dispensing health services, often result in continuity problems in the

care provided. In a situation where all of the service requests cannot possibly be met by the increasingly limited resources, it is more than ever important to ensure that services meet the full range of patient needs, while preserving the quality of care (Hébert, 2001).

For almost two decades, one of the recognized indicators for measuring the quality of health care and services is the level of user satisfaction. The number of empirical and theoretical publications on the subject reflects this trend (Eisenberg, 1997; Aharony & Strasser, 1993; Hall & Dornan, 1988). This method is especially valuable to further knowledge in the areas of health and social services, but also to support managers and decision-makers in their efforts to continuously improve care. From the patient's point of view, the level of satisfaction is also important, since it is linked to behavioural changes that promote involvement and, consequently, improvement in the individual's state of health. We find, among these changes, improved attendance at appointments, compliance with recommendations and prescribed treatments, patient loyalty towards doctors, and openness to exchanging information (Newcomer, Preston & Harrington, 1996; Weingarten et al., 1995).

While several variables that contribute to determining the level of satisfaction have been studied, very few of them are unanimous, besides age and education, the impact of which, while contradictory, seems more evident (Hall &

Dornan, 1990; Cohen, 1996; Meng, Jatulis, McDonald & Legorreta, 1997). Results suggest that seniors are generally more satisfied with medical appointments (Cohen, 1996; Rees Lewis, 1994; Hall & Dornan, 1990), the relationship with their doctor (Callahan, Bertakis, Azari, Robbins, Helms & Chang, 2000), the waiting time (Dolinsky & Caputo, 1990), the politeness of the doctor, the medical follow-up, the physical rehabilitation (McKinnon, 2001), as well as the overall health care provided (Cohen, 1996). Some hypotheses suggest that seniors are more inclined to submit to the authority of doctors, are more reserved when stating their opinions (Haug, 1996), are less critical in their evaluation, and demonstrate lower expectations than younger patients (Rees Lewis, 1994). However, other studies were unable to make this connection (Wilde, Larsson, Larsson & Starrin, 1994; Meng, Jatulis, McDonald & Legorreta, 1997), and the results of Lee and Kasper (1998) show a decrease in the level of satisfaction among seniors over 80. This difference in conclusions is also present when analyzing education as a determinant of satisfaction. For some, a higher level of education is associated with a higher degree of satisfaction with the care given and the person giving it (Lee & Kasper, 1998), while other results show an inverse association (Anderson & Zimmerman, 1993).

In addition, most of the studies do not show a significant difference between men and women (Lee & Kasper, 1998; Hopton, Howie & Porter, 1993), ethnic origin, income, civil status and level of satisfaction (Hall & Dornan, 1990).

However, correlations were made between the perception of support offered by the network and the perception of state of health (Cleary & McNeil, 1989; Hall, Milburn & Epstein, 1993; Lee & Kasper, 1998).

Like the level of satisfaction, the concept of empowerment, in a care situation where the patient's involvement is required, serves as significant complementary information. In fact, optimization of the intervention not only rests on proper diagnosis and medical action, but also on the investigation of the patient's individual likelihood to maximize his physical well-being. Thus, seniors who feel competent and in control are more likely to invest in finding their own solutions (Myers, 1995). Some studies have shown that seniors are probably less likely to defy their doctor's authority, ask questions (Butow, Dunn, Tattersall & Jones, 1994), and take an active role in the health care process (Kaplan, Gandek & Greenfield, 1995). These different facets can alter the patient/doctor relationship, and cause the care provided to affect the results of the rehabilitation or maintenance of the state of health (Greenfield, Blanco, Elashoff & Ganz, 1987).

In light of these antinomic observations, it seems critical that we see the degree of satisfaction and empowerment as possibly resulting from complementary factors that are distinct from the socio-demographic variables traditionally analyzed. This research therefore has two specific objectives: 1) to identify the

determinants of satisfaction and empowerment based on socio-demographic variables and health variables, 2) to establish a link between the various dimensions of patient self-determination and level of satisfaction with health care and services.

METHOD

Participants

The subjects were involved in the Program of Research to Integrate Services for the Maintenance of Autonomy (PRISMA) being conducted in the Sherbrooke and Québec City areas in the province of Québec, Canada (Hébert et al., 2003). A list of names was supplied by the Québec health insurance board (Régime d'Assurance Maladie du Québec - RAMQ) and the subjects were randomly selected from those aged over 75 years. The inclusion criteria were: 1) to have been identified as being at risk of losing autonomy by the Sherbrooke Postal Questionnaire, 2) living at home or in seniors' residences in one of the study areas, 3) understanding and speaking French, and 4) agreeing to participate in the study.

Procedure

Trained interviewers met with the subjects in their home. When completing the different questionnaires, the subjects were instructed to consider all contacts they had had with a health professional during the last six months so that their evaluation was not based on a single positive or negative experience. To help them answer, subjects were given cue-cards that showed the different response scales. These interviews lasted about 90 minutes and sometimes took place in the presence of the informal caregiver. The subjects and their caregivers were informed about the study objectives and confidentiality. If the subject was cognitively-incapacitated, the consent of the person's legal representative, the curator or the person responsible was required.

Measures

Predictor variables

Satisfaction with services received was measured using the Health Care Satisfaction Questionnaire (HCSQ) (Gagnon, Hébert, Dubé, & Dubois, 2004a) developed for the PRISMA research program. It comprises 26 questions evaluating satisfaction with the relationship with health professionals (factor 1, 12 items), satisfaction with the services delivered (factor 2, 6 items) and satisfaction with the organisation of services (factor 3, 5 items). Two additional

questions addressed satisfaction with the services received for activities of daily living (ADL) and instrumental activities of daily living (IADL), and one item evaluated overall satisfaction. The instrument's content validity was examined by a number of experts in the health care field. Exploratory and confirmatory factor analyses were done with 850 subjects and confirmed the multidimensional nature of the concept of satisfaction. The three factors explained more than 52% of the total variance. The analysis of internal consistency produced Cronbach alpha coefficients of .93, .74, and .78 for Factors 1, 2 and 3 respectively. The alpha of the overall scale was .92. The temporal stability of the instrument was examined in a test-retest study using 38 subjects. The intraclass correlation coefficients (ICC) (Lord & Novick, 1965) for the three factors were .79 (95% confidence interval (CI): .63 - .89), .67 (95% CI: .45 - .81) and .76 (95% CI: .58 - .87). The ICC for the entire scale was .72 (95% CI: .52 - .84).

Empowerment was measured using the Health Care Empowerment Questionnaire (HCEQ) (Gagnon, Hébert, Dubé, & Dubois, 2004b) developed for the PRISMA research program. Empowerment is a multidimensional construct that is defined as the ability to take responsibility for one's health. The questionnaire has three components. The degree of control constitutes the first dimension of the questionnaire (factor 1, 3 items). The second dimension refers to patients' involvement in interactions with caregivers (factor 2, 4 items). The last dimension refers to patients' involvement in their search for information so

they can participate in the decision process in an informed manner (factor 3, 3 items). Factor analyses confirmed the presence of these three factors, which explained more than 68% of the total variance. The results of content validity and construct validity (convergent and discriminant) studies were conclusive. Also, internal consistency analyses produced alpha coefficients of .79, .79 and .89 for Factors 1, 2 and 3 respectively. The alpha of the overall scale was .83. The ICCs for the three factors were .62 (95% CI: .37 - .78), .70 (95% CI: .49 - .83) and .60 (95% CI: .35 - .77), and .70 (95% CI: .48 - .83) for all the items (N = 38).

Independent variables

The sociodemographic independent variables included age, region (rural vs urban), gender, marital status, and years of schooling. The independent health-related variables were self-perceived health (subjective evaluation of one's health compared to other people of the same age), number of hospitalisations, number of medications, use of home care services from the local community service centre (Centre local de services communautaires – CLSC), living arrangement (alone or in a seniors' residence versus living with a family member), number of health problems, number of embarrassing health problems (that have an impact on ADL and IADL), and functional autonomy measured with the Functional Autonomy Measurement System (Système de mesure de

l'autonomie fonctionnelle – SMAF) (Hébert, Carrier, & Bilodeau, 1988). The SMAF is a scale developed from the functional concept of health and the World Health Organization's international classification of impairments, disabilities, and handicaps (Hébert, 1982). It evaluates 29 functions covering ADL (7 items), mobility (6 items), communication (3 items), mental functions (5 items) and IADL (8 items). Each function is rated on a four-point scale: 0 (autonomous), 1 (needs supervision or stimulation), 2 (needs help) and 3 (dependent) (Hébert, Carrier, & Bilodeau, 1995). For each of the items, an evaluation of the resources available to offset the disability generates a handicap score. This scale was revised recently and a score of 0.5 was added for certain items to indicate a function accomplished autonomously but with difficulty. The total score (/87) is obtained by adding the scores on each item; subscores for each dimension can also be calculated. Inter-rater reliability of the SMAF was confirmed ($k=0.75$) in a study done with 300 subjects using interviewers with different kinds of training (nurses, social workers) and working in different fields (institution, community) (Hébert, Spiegelhalter, & Brayne, 1997). The revised version underwent additional reliability studies, which produced ICCs for the total score of 0.95 (95% CI: 0.90 - 0.97) for test-retest ($n=39$) and 0.96 (0.93 - 0.98) for interraters ($n=45$) (Desrosiers, Bravo, Hébert, & Dubuc, 1995). Some validity studies have been done, including a study of the correlation with nursing time, which showed a coefficient of 0.92 ($p<0.0001$) with the hours of care required (Hébert et al., 1997).

Analyses

The data were analysed using SAS 8.02 (SAS Institute Inc., Cary, NC), and was done in two steps. First, bivariate analyses using analyses of variance and t-tests (categorical variables), and Pearson's correlations (continuous variables) were done to determine which variables were significant at $p > .2$. Then multivariate analyses (backward regression), including the significant variables, were done to determine their effect on the degree of satisfaction and empowerment. The backward regression is a selection procedure in which all variables are entered into the equation and then sequentially removed. The variable with the smallest partial correlation with the dependent variable is considered first for removal. If it meets the criterion for elimination, it is removed. Furthermore, multiple regressions, including health-related variables, were done to establish the effect on sub-scales of satisfaction and empowerment. For the last research objective, Pearson correlation coefficients were calculated between the different sub-scales of the satisfaction and empowerment concepts.

RESULTS

The sample used to do the analyses comprised 450 women and 269 men with a mean age of 83 years. The sociodemographic characteristics of the participants are presented in Table 1.

----- Insert Table 1 -----

Bivariate analyses

The sociodemographic variables with satisfaction are region of residence and living arrangement. Empowerment is also associated with these two variables in addition to marital status. The level of satisfaction is correlated with self-perceived health, receiving home care services, the presence of health problems and the presence of embarrassing health problems. The degree of empowerment varies with self-perceived health, number of hospitalisations in the past year, number of medications taken daily and the number of embarrassing health problems. The detailed results are presented in Tables 2 and 3.

----- Insert Table 2 -----

----- Insert Table 3-----

Multivariate analyses

The multivariate analyses showed that the most satisfied subjects perceived their health to be excellent compared to others of the same age ($p = 0.001$),

received home care services from the CLSC ($p = 0.02$), had fewer embarrassing health problems ($p < 0.0001$) and lived with one or more family members ($p = 0.01$) ($R^2 = 34.19\%$). The most autonomous subjects had the most schooling ($p = 0.003$), were not widowed ($p = 0.009$), perceived their health to be excellent compared to others of the same age ($p = 0.002$), had not been hospitalised in the past year ($p = 0.01$), took less than four medications per day ($p = 0.008$), and had fewer embarrassing health problems ($p < 0.01$) ($R^2 = 16.4\%$). There were no significant results between functional autonomy and the degree of satisfaction and empowerment.

Multivariate analyses were also done on the different satisfaction and empowerment sub-scales. Results showed that the subjects who have more health problems, but fewer embarrassing health problems, had higher levels of satisfaction and empowerment on the dimensions involving a direct relationship with the health professional (relationship with professionals and involvement in interactions) and the organisation of services. On the other hand, the subjects whose functional autonomy was deteriorated were less satisfied with the organisation of services, but more involved in the decision process regarding the care they received. Finally, state of health was an important positive determinant for both satisfaction with the health professional and the organisation of services as well as for two of the empowerment sub-scales involvement with professionals and degree of control (Table 4).

----- Insert Table 4-----

A strong correlation was found between satisfaction and empowerment in regard to health care ($p = 0.001$). The correlational analyses showed that involvement in the decision process, involvement in the interaction with professionals and the degree of control in regard to health care are significantly correlated with the overall degree of satisfaction. In addition, there is a strong correlation between the three satisfaction sub-scales and the empowerment construct. (Table 5).

----- Insert Table 5-----

DISCUSSION

Unlike previous studies (Cohen, 1996; Hall & Dornan, 1988), the sociodemographic variables examined in this study (years of schooling, gender, age, and marital status) were not found to significantly affect satisfaction of the elderly with health care. However, the originality of the present study lies in the diversity of the variables analysed, since it included health-related variables to explain changes in the degree of satisfaction. Self-perceived health was the determinant that had the most impact on both satisfaction and empowerment. These results corroborate the conclusions of several studies (Cleary & McNeal, 1988; Hall, Milburn, & Epstein, 1993; Lee & Kasper, 1998). Conversely, older people dealing with a number of embarrassing health problems had a lower level of satisfaction. Some authors have pointed out the harmful psychological

consequences of disease such as pain (Casarett, Hirshman, Miller, & Farrar, 2002), frustration and anger which can modify people's opinions about medical care and reduce their satisfaction (Hall, Milburn, & Epstein, 1993). Also, the high degree of satisfaction among aging persons receiving home care services and living with family members might be attributable to the presence of continual family support and services adapted to their needs. One hypothesis could be that home care services and family support have a halo effect that influences the elderly's perception of all the care available in the health care network.

Although they seem contradictory at first glance, the results regarding satisfaction of elderly with interactions with professionals are in fact consistent. People with health problems use more of the available health care services and are thus able to make a more informed judgement regarding the effectiveness of the interventions and the work of the professionals than those whose evaluation is based on occasional medical visits (Rice & Feldman, 1983). However, above a certain threshold, i.e., when the health problems become chronic or serious enough to cause permanent discomfort, people have a tendency to express dissatisfaction since they think the interventions are not effective. This explanation seems to be confirmed since the subjects with a lower level of functional autonomy were less satisfied with the organisation of services in general.

The results for empowerment, which are more exploratory in nature because there is less documentation on this subject, showed that years of schooling, marital status, number of hospitalisations and number of medications were associated with self-determination in regard to health. It is plausible that older people with more education have more resources to obtain information about their problems and more confidence about getting involved in a relationship with the professionals, particularly physicians. The number of medications and hospitalisations, which are usually associated with fragile health, could influence the perception of family members and professionals concerning the person's ability to develop effective strategies and take an active part in the decision process regarding the care required.

Looking at the sub-scales it can be seen, as it is the case with satisfaction, that people who are less autonomous in their interactions with the professionals have more embarrassing health problems. They might therefore be more likely to see themselves as powerless to deal with changes in their health (Kaplan, Gandek, & Greenfield, 1995). Conversely, people with a high level of functional autonomy could be more inclined to see themselves as able to take responsibility for their health and get involved in the decision process regarding the care they need (Butow, Dunn, Tattersall, & Jones, 1994).

The results concerning the relationship between satisfaction and empowerment suggest that these concepts are closely related. These conclusions are not surprising since an approach based on shared responsibility makes it possible to develop an "egalitarian" relationship (Barr & Cochran, 1992). A relationship marked by mutual openness and collaboration facilitates support, takes advantage of professional expertise by transmitting informed and useful knowledge, optimises the decision process and thus increases satisfaction. It is important to point out that some overlap between the concepts of satisfaction and empowerment was expected because of their conceptual proximity.

Future research should continue efforts to identify the determinants of satisfaction and empowerment of elderly. Although it was shown that variables other than sociodemographic (health-related variables) contributed to explaining these concepts, it is important to continue the analyses with other variables that will increase the percentage of the variance explained. This work is particularly important in regard to the concept of empowerment since few studies on this subject have been done to date. It would also be interesting to look at patient self-determination as an independent variable to analyse its effect on obtaining home care services, self-perceived health, satisfaction with health care and perceived quality of life. Finally, future research could be useful in verifying empirically the causal link between the concepts of satisfaction and empowerment.

REFERENCES

- Aharony, L., & Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review, 50* (1), 49-79.
- Anderson, L. A., & Zimmerman, M. A. (1993). Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: A study of chronic disease management. *Patient Education and Counseling, 20*, 27-36.
- Barr, D., & Cochran, M. (1992). Understanding and supporting empowerment: Redefining the professional role. *Networking Bulletin, 2* (3).
- Bureau de la statistique du Québec. (1999). *Le Québec chiffres en main*. Québec, QC: Bureau de la statistique du Québec.
- Butow, P. N., Dunn, S. M., Tattersall, M. H. N., & Jones Q. J. (1994). Patient participation in the cancer consultation: Evaluation of a question prompt sheet. *Annual Oncologic, 5* (3), 199-204.
- Callahan, E. J., Bertakis, K. T., Azari, R., Robbins, J. A., Helms, J., & Chang, D. W. (2000). The influence of patient age on primary care resident physician-patient interaction. *Journal of American Geriatrics Society, 48*, 30-35.
- Casarett, D. J., Hirshman, K. B., Miller, E. R., & Farrar, J. T. (2002). Is satisfaction with pain management a valid and reliable quality indicator for use in nursing home? *Journal of the American Geriatrics Society, 50*, 2029-2034.
- Cleary, P. D., & McNeal, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality of care. *Inquiry, 25*, 25-36.
- Cohen, G. (1996). Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social Science and Medicine, 42* (7), 1085-1093.

- Desrosiers, J., Bravo, G., Hébert, R., & Dubuc, N. (1995). Reliability of the revised functional autonomy measurement system (SMAF) for epidemiological research. *Age and Ageing*, 4 (5), 402-406.
- Dolinsky, A. L., & Caputo, R. K. (1990). The role of health care attributes and demographic characteristics in the determination of health care satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*, 10 (4), 31-39.
- Eisenberg, B. (1997). Customer service in healthcare: A new era. *Hospital and Health Services Administration*, 42 (1), 17-31.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Gagnon, M. Hébert, R., Dubé, M., & Dubois, M. F. (2004a). *Development of an instrument to measure satisfaction with health care and services and validation in an elderly population: The Health Care Satisfaction Questionnaire*. Manuscript submitted for publication.
- Gagnon, M. Hébert, R., Dubé, M., & Dubois, M. F. (2004b). *Development of an instrument to measure empowerment with health care and services and validation in an elderly population: The Health Care Empowerment Questionnaire*. Manuscript submitted for publication.
- Greenfield, S., Blanco, D. M., Elashoff, R. M., & Ganz, P. A. (1987). Patterns of care related to age of breast cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 257, 2766-2770.
- Hall, J. A. & Dornan, M. C. (1988). What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science and Medicine*, 27 (9), 935-939.
- Hall, J. A., Milburn, M. A., & Epstein, A. M. (1993). A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Medical Care*, 31, 84-94.

- Haug, M. R. (1996). Elements in physician/patient interaction in late life. *Research on Aging, 18*, 32-51.
- Hébert R. (1982). L'évaluation de l'autonomie fonctionnelle des personnes âgées. *Canadian Family Physician, 28*, 754-762.
- Hébert, R., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La revue de Gériatrie, 13* (4), 161-167.
- Hébert, R. (2001). Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité des services. *Le médecin du Québec, 36* (8), 77-84.
- Hébert, R., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1995). Élaboration d'un instrument de mesure des handicaps: le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). In C.Tilquin (Ed.), *SYSTED 83: First international conference on systems science in health/social services for the elderly and the disabled*. Montréal : Édition sciences des systèmes.
- Hébert, R., Dubuc, N., Buteau, M., Roy, C., Desrosiers, J., Bravo, G., Trottier, L., & St-Hilaire, C. (1997). Services requis par les personnes âgées en perte d'autonomie : évaluation clinique et estimation des coûts selon le milieu de vie. *Collection Études et analyse, 33*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Hébert, R., Durand, P., Dubuc, N., Tourigny, A., & the PRISMA Group (2003). Prisma: A new model of integrated services delivery for frail older people in Canada. *International Journal of Integrated Care, 3*, 1-10.
- Hébert, R., Spiegelhalter, D. J., & Brayne, C. (1997). Setting the minimal metrically detectable change on disability rating scales. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 78*, 1305-1308.

- Hopton, J. L., Howie, J. G. R., & Porter, M. D. (1993). The need for another look at the patient in general practice satisfaction surveys. *Journal of Family Practice, 10*, 82-87.
- Institut de la statistique du Québec. (2001). *Enquête sociale et de santé*. Québec, QC: Institut de la statistique du Québec.
- Kaplan, S. H., Gandeck, B., & Greenfield, S. (1995). Patient and visit characteristics related to physicians participatory decision-making style. *Medical care, 33*, 1176-1187.
- Lee, Y., & Kasper, J., D. (1998). Assessment of medical care by elderly people: General satisfaction and physician quality. *Health Services Research, 32* (6), 741-758.
- Lord, F. M., & Novick, M. R. (1965). *Statistical theory of mental tests*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- McKinnon, A. L. (2001). Client satisfaction with physical therapy services: Does age make a difference? *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics, 19* (2), 23-37.
- Meng, Y.-Y., Jatulis, D. E., McDonald, J. P., & Legorreta, A. P. (1997). Satisfaction with access to and quality of health care among medicare enrollees in a health maintenance organization. *Western Journal of Medicine, 166* (4), 242-247.
- Myers, J. (1995). The psychological basis for empowerment. In D. Thursz, C. Nusberg, & J. Prather (Eds.), *Empowering older people: An international approach*. London: Cassell.
- Newcomer, R., Preston, S., & Harrington, C. (1996). Health plan satisfaction and risk of disenrollment among Social/HMO and fee-for-services recipients. *Inquiry, 33*, 144-154.

- Rice, D., & Feldman, J. J. (1983). Living longer in the United States: Demographic changes and health needs of the elderly. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 61 (3), 362-396.
- Rees Lewis, J. (1994). Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Social Science and Medicine*, 39 (5), 655-670.
- Santé et bien-être social Canada. (1993). *Vieillesse et autonomie : aperçu d'une enquête nationale*. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada.
- Weingarten, S. R., Stone, E., Green, A., Pelter, M., Nessim, S., Huang, H., & Kristopaitis, R. (1995). A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines. *American Journal of Medicine*, 99, 590-596.
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., & Starrin, B. (1994). Quality of care : Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 8, 39-48.

Table 1
Sociodemographic characteristics of the subjects

Variables	Women (<i>n</i> = 450)	Men (<i>n</i> = 269)	Both genders (<i>n</i> = 719)	
Age	<i>M</i> = 83.6 <i>SD</i> = 5.2	<i>M</i> = 82.1 <i>SD</i> = 4.4	<i>M</i> = 83 <i>SD</i> = 5	
Marital status	Married Widowed Other	112 (24.9%) ¹ 41 (9.1%) 297 (66%)	200 (74.4%) 18 (6.7%) 51 (19%)	312 (43.4%) 59 (8.2%) 348 (48.4%)
Years of schooling	<i>M</i> = 6.7 <i>SD</i> = 2.7	<i>M</i> = 6.4 <i>SD</i> = 3.6	<i>M</i> = 6.6 <i>SD</i> = 3.1	
Self-perceived health	Excellent Good Fair Poor	71 (16%) 202 (45.5%) 143 (32.2%) 28 (6.3%)	48 (17.9%) 124 (46.3%) 80 (29.9%) 16 (6%)	119 (16.7%) 326 (45.8%) 223 (31.3%) 44 (6.2%)
SMAF	<i>M</i> = 18.6 <i>SD</i> = 12.8	<i>M</i> = 19.2 <i>SD</i> = 11.6	<i>M</i> = 18.8 <i>SD</i> = 12.3	

¹ Frequency, (pourcentage)

Table 2
Bivariate analyses of the factors associated with the satisfaction and empowerment measures

Categoric variables		Satisfaction (/16)				Empowerment (/16)			
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
Region	Urban	287	7.68	2.68	0.03	283	6.57	3.04	0.03
	Rural	432	7.55	2.38		427	6.24	2.45	
Gender	Women	450	7.63	2.57	0.64	445	6.41	2.77	0.66
	Men	269	7.54	2.4		265	6.32	2.60	
Marital status	Married	312	7.58	2.42	0.23	306	6.39	2.61	0.02
	Widowed	59	7.10	2.51		59	5.43	2.58	
	Other	348	7.70	2.57		345	6.53	2.78	
Self-perceived health*	Excellent	119	8.32	2.68	0.001	119	7.19	3.05	0.001
	Other	593	7.44	2.45		585	6.21	2.61	
Hospitalisations*	0	514	7.66	2.52	0.28	507	6.53	2.84	0.01
	1 or more	203	7.44	2.49		202	6.0	2.30	
Medications/day*	> 3	544	7.57	2.54	0.49	537	6.21	2.75	0.003
	≤3	170	7.73	2.40		168	6.92	2.51	
Home care services	Yes	168	7.95	2.83	0.06	165	6.53	2.71	0.39
	No	549	7.50	2.39		544	6.33	2.71	
Living arrangement	Alone	320	7.36	2.65	0.02	318	6.10	2.77	0.02
	With family	399	7.79	2.37		392	6.59	2.64	
	Seniors' residence	82	8.10	3.03		82	6.96	2.95	

* Health-variables

Table 3

Pearsons correlations of the factors associated with the satisfaction and empowerment measures

Variables	Satisfaction		Empowerment	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Number of health problems*	-0.08	0.03	-0.04	0.29
Number of embarrassing health problems*	-0.16	0.001	-0.1	0.008
Functional autonomy (SMAF)*	0.04	0.34	-0.05	0.19
Age	-0.02	0.59	-0.04	0.29
Years of schooling	0.05	0.20	0.07	0.07

* Health variables

Table 4

Results of the backward regression by sub-scales (final model) (N = 719)

Variables	Empowerment									Satisfaction								
	Involvement in decisions			Involvement in interactions			Degree of control			Relationship with professionals			Services delivered			Organisation of services		
	<i>B</i> ^a	<i>SE</i> ^b	<i>t</i> ^c	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>	<i>B</i>	<i>SE</i>	<i>t</i>
Health problems		NS		.222***	.078	2.85		NS		.13*	.062	2.08		NS			NS	
Embarrassing health problems		NS		-.41***	.082	-5.03		NS		-.253***	.065	-3.87		NS		.291***	.058	-4.98
Functional autonomy	-.03*	.014	-2.05		NS			NS						NS		.036***	.009	3.58
Self-perceived health		NS		.914**	.329	2.77	.827*	.37	2.23	.947***	.266	3.57		NS		.997***	.324	3.08
<i>R</i> ²		5.6%			6.3%			4.3%			7.2%			0			5.5%	

B^a : refers to estimated coefficient*SE*^b : refers to standard error*t*^c : t value* = *p* < 0.05; ** = *p* < 0.01; *** = *p* < 0.001

Table 5

Pearsons correlations between the satisfaction and empowerment constructs and their sub-scales

	Involvement in decisions	Involvement in interactions	Degree of control	Empowerment Total
Relationship with professionals	.194*	.629*	.212*	.519*
Services delivered	.253*	.590*	.331*	.528*
Organisation of services	.161*	.662*	.233*	.497*
Satisfaction Total	.236*	.735*	.292*	.605*

* Correlation significant at the .001 level

Note on the Authors

The PRISMA research program was set up with grants from the Canadian Health Services Research Foundation (CHSRF) and the *Fonds de la recherche en santé du Québec* (FRSQ) awarded to Dr. Réjean Hébert and involves a partnership between 5 regional health boards in the province of Québec (Québec City, Mauricie/Centre du Québec, Montérégie, Laval and Sherbrooke). The data used in this work come from a study funded by the Canadian Institutes of Health Research (CIHR).

Address for reprints: Maxime Gagnon, Research Centre on Aging, Sherbrooke Geriatric University Institute, 1036 Belvédère South, Sherbrooke, Québec, Canada J1H 4C4.

E-mail: maxime.gagnon@Usherbrooke.ca

Conclusion

Cette thèse doctorale a été réalisée à l'intérieur d'un vaste programme de recherche évaluant l'implantation et l'impact de l'intégration des services de santé pour le maintien de l'autonomie (PRISMA). Ce programme de recherche propose d'évaluer un modèle novateur d'intégration des services ayant pour objectif d'accroître l'efficience et l'efficacité des interventions en favorisant la continuité des soins et des services aux personnes âgées. Dans le contexte de la restructuration des soins et des services de santé, qui prévaut actuellement au Québec, cette évaluation est utile à l'avancement des connaissances et à l'amélioration de la gestion des soins de santé. L'un des moyens préconisés pour rencontrer cet objectif est de mesurer le niveau de satisfaction des usagers. Or, à la lumière de la documentation disponible, il n'existait aucun outil scientifiquement rigoureux et adapté au modèle d'intégration globale des services, c'est-à-dire qui tient compte de l'ensemble des problématiques de santé ainsi que de la diversité des intervenants impliqués dans les soins dispensés. De plus, la majorité des études rapportent des taux de satisfaction qui plafonnent (élevés) et qui ne permettent pas de circonscrire avec justesse les aspects du système de la santé qui doivent être modifiés ou améliorés. La première étude tentait donc de pallier cette lacune en élaborant et validant un questionnaire de satisfaction face aux soins et services de santé.

L'importance de la mesure de satisfaction

La mutation d'une société de production de services de santé de masse à une société de production de services plus spécialisés et ciblés, les changements dans les valeurs sociétales et l'évolution des connaissances, tels qu'advenu au Québec et dans l'ensemble des sociétés industrialisés depuis les 30 dernières années, ont considérablement modifié le statut du patient. Celui-ci ne symbolise plus un « consommateur » de services indifférenciés mais un « consommateur » caractérisé par des besoins particuliers. Rarement s'est-on préoccupé d'interroger l'utilisateur non seulement sur sa satisfaction globale mais spécifiquement sur ses attentes et sur l'importance des différents attributs des soins et des services de santé, ceux-ci étant largement présumés par les gestionnaires et décideurs, créant ainsi un décalage entre les attentes réelles et présumées des patients. Ce n'est que récemment, en s'inspirant des méthodes développées dans le secteur privé, que le besoin de s'adresser aux usagers s'est graduellement imposé comme une nécessité dans la gestion publique.

Même si sur certains thèmes relativement critiques et médiatisés, tels que les listes d'attente en chirurgie ou encore l'engorgement des urgences, les décideurs ont su rejoindre partiellement les préoccupations des usagers, il faut pouvoir rendre compte de l'ensemble des expériences vécues d'autant plus

qu'elles ont eu lieu dans différents sites de prestation (hôpital, clinique, domicile, etc.). Il est nécessaire de prendre en considération l'opinion des usagers pour que l'évaluation de la satisfaction apparaisse comme une prémisse à la conduite des changements dans les soins et services de santé. Cependant, la satisfaction des usagers ne saurait guider, à elle seule, la gouvernance des services publics. La satisfaction se mesure également à l'aide d'autres critères, par exemple l'adéquation des technologies utilisées et de la médication prescrite, sur lesquels il serait difficile pour la majorité des usagers de se prononcer. Ces derniers jugeant plus aisément les prestations « annexes » tel que l'accueil, l'accessibilité aux soins, les délais d'attente, etc., ainsi que le comportement de l'équipe médicale (capacité à vulgariser les diagnostics, qualités relationnelles, etc.). C'est pourquoi, lorsqu'il y a des coupures budgétaires, le fait d'accorder plus d'importance à la satisfaction des usagers pourrait conduire à des arbitrages défavorables face à des éléments capitaux du service. Il peut aussi advenir que ce qui semble important pour l'utilisateur ne soit pas au premier plan des préoccupations identifiées par les gestionnaires et les décideurs. Bien que l'issue ne soit pas et ne doit pas toujours être déterminée par les usagers, il est impératif qu'ils fassent partie intégrante du processus menant aux prises de décision. En définitive, la prépondérance donnée à la satisfaction des usagers ne devrait pas dépendre du contexte dans lequel le service est rendu (chirurgie, maintien à domicile, etc.), toutefois ce contexte

articule de façon inhérente la part non négociable de l'offre de service et celle qui peut être ajustée. Lors d'une chirurgie, où la vie du patient est en jeu, l'opinion de ce dernier aura une portée moins influente sur la pratique des intervenants que lors de la planification des services de maintien à domicile qui touchent davantage la qualité de vie de l'utilisateur. Par ailleurs, bien que la satisfaction puisse être l'un des axes de comparaison des performances entre les différents services et institutions, elle peut avantageusement constituer un indicateur orientant les décideurs dans les actions de changement à mettre en œuvre. Il existe ainsi un couplage entre la gestion et l'évaluation de la satisfaction des usagers.

La satisfaction des usagers comme moteur de changement

L'évaluation de la satisfaction des usagers n'est pas encore intégrée à la culture décisionnelle des différentes structures publiques contrairement au secteur privé. Plusieurs entreprises se fondent sur l'évaluation de la satisfaction de leurs clients dans la plupart des phases de décision, allant de la conception d'un produit à sa commercialisation. Cette approche pourrait être transposée au système public afin de mieux outiller les décideurs et de consolider une certaine culture de la qualité des soins et services de santé, premièrement à un échelon local (établissements), voire même interne (services des établissements), et

dans un deuxième temps, de rendre disponibles ces informations aux instances supérieures. Pour ce faire, il serait capital d'utiliser une méthodologie harmonisée, à savoir l'usage d'un instrument unique d'évaluation de la satisfaction, pour s'assurer que les attentes des usagers correspondent à l'évolution des changements apportés aux services ou aux institutions et pour pouvoir se référer à des critères comparables.

Pour qu'une telle démarche se concrétise et ait une influence réelle, un travail substantiel de diffusion est nécessaire par la mise en réseau des informations relatives à la satisfaction des usagers fréquentant les différentes institutions de santé québécoises et des changements de pratiques en découlant. Ce réseau favoriserait un échange sur les bonnes pratiques par tous ceux qui sont mandatés pour entreprendre des actions d'amélioration des services et rendre accessibles les moyens méthodologiques (mesure de satisfaction) exportables pour rencontrer les objectifs poursuivis : amélioration de la qualité et satisfaction des usagers face aux soins et services de santé.

Ce principe d'action exige de répondre aux nouvelles attentes du citoyen en plaçant la qualité au coeur de l'action de l'État, avec des engagements sur un niveau de qualité conduisant à une satisfaction optimale, établi avec et pour les usagers. Cette démarche imbriquée à la réorganisation des services de santé

contribue à remettre une partie du pouvoir décisionnel entre les mains des usagers. En effet, si dans le secteur privé, le développement des enquêtes de satisfaction, secteur le plus dynamique des études d'opinion, a pu contribuer à élever les standards de qualité et le niveau d'exigence, la pratique en est encore peu répandue dans le secteur public et particulièrement dans le secteur de la santé.

Les limites à l'évaluation de la satisfaction des usagers

Il convient cependant de reconnaître certaines limites à une telle démarche d'évaluation. En effet, la satisfaction ou l'insatisfaction des usagers n'est pas nécessairement liée à l'adéquation des soins et services de santé reçus. Par exemple, certaines personnes peuvent être insatisfaites de la quantité de services reçus même s'ils couvrent l'ensemble de leurs besoins. L'importance relative accordée aux évaluations de la satisfaction, et ce, en fonction de la nature du service (technique, psychologique, médical, maintien à domicile, etc.) pourrait également être assujettie à une planification politique différente des préoccupations soulevées par les usagers. Il n'existe donc pas une réponse toute faite sur la place que devrait occuper la mesure de la satisfaction dans les décisions publiques. Néanmoins, elle pourrait avantageusement être intégrée, à côté d'autres indicateurs, comme un élément d'aide à la décision.

Par ailleurs, la réorganisation des soins de santé, basée sur la satisfaction, peut parfois être entravée par des impondérables induits tant par les décideurs que par les usagers eux-mêmes ou leurs représentants. Premièrement, de façon générale les changements importants se font sous la pression d'une opinion publique mécontente face au système de santé. Or, les différents groupes de pression s'intéressent plus aux performances (liste d'attente, urgence, etc.) et réagissent à des dysfonctionnements ponctuels alors qu'ils devraient, en plus, revendiquer l'intégration des usagers au processus décisionnel. Deuxièmement, la difficulté d'établir un lien de communication direct entre les usagers et les différents paliers administratifs ne facilite pas la prise en compte de leurs recommandations. Troisièmement, les usagers représentent rarement une catégorie homogène. Les services de santé québécois, qui recouvrent un vaste champ de prestations, permettent aux usagers d'être soit en contact de façon régulière (maladie chronique), ponctuelle (épisode de maladie aiguë) ou répétée dans un laps de temps restreint (réadaptation). Or, ces différents « rôles » amènent la personne à vivre des expériences diverses qui peuvent avoir un impact sur la perception de l'efficacité des services de santé, changer ses priorités, modifier son niveau de satisfaction et conséquemment rendre difficile toute interprétation des opinions émises. Quatrièmement, les sondages d'opinion publique, bien qu'ils puissent

constituer des guides, ne reposent pas sur des bases scientifiquement rigoureuses et n'utilisent pas d'instruments de mesure éprouvés. Ils ne permettent donc pas de cerner spécifiquement les aspects sur lesquels portent les satisfactions et les insatisfactions des usagers. Toutefois, s'il importe que l'évaluation de la satisfaction emploie une méthodologie adéquate, toute l'importance de cette démarche réside dans le sens donné aux résultats et surtout l'utilisation qui en est faite.

S'il n'existe pas de solution idéale, et s'il convient avant tout de rester pragmatique en laissant aux gestionnaires une certaine liberté dans la façon d'opérationnaliser les moyens d'atteindre les objectifs inscrits à l'intérieur d'une planification stratégique d'amélioration de la qualité des soins, une démarche duale nécessite de souligner un certain nombre de recommandations générales. Ces recommandations visent à réunir les conditions nécessaires au développement efficace des enquêtes de satisfaction. Elles regroupent quatre préoccupations essentielles : créer un contexte favorable au développement des évaluations de la satisfaction, clarifier les objectifs recherchés, choisir des méthodes rigoureuses et adaptées aux objectifs c'est-à-dire utiliser un instrument unique permettant d'établir des comparaisons et de vérifier l'évolution du degré de satisfaction dans le temps et exploiter les résultats de manière effective (opérationnalisation).

Toutefois des objectifs clairement définis ne suffisent pas à initier des changements aussi importants dans la culture même des gestionnaires et décideurs face à l'importance de prendre en compte l'opinion de l'utilisateur. Plusieurs études évaluant le niveau de satisfaction des patients rapportent des taux de satisfaction qui oscillent entre 60 % et 95 % dont la majorité sont au-delà de 90 %. Les résultats relatifs au présent instrument de satisfaction permettent de constater que ce biais d'acquiescement est évité puisqu'il n'existe pas d'effet « plafond ». Or, le véritable objectif est de s'efforcer d'atteindre un taux de satisfaction optimal. Entre temps, il importe de s'attarder aux causes de la non-satisfaction à l'aide des éléments significatifs rapportés par la majorité des usagers. D'où l'intérêt d'un outil qui permet de croiser d'une part la perception de l'utilisateur face à divers attributs des services de santé mais également l'importance de cet attribut dans la détermination de la satisfaction globale. Ce croisement permet de dégager les aspects sur lesquels doivent porter les actions prioritaires et de remédier aux causes d'insatisfaction les plus significatives en produisant un double éclairage (importance et perception). Le questionnaire de satisfaction faisant l'objet de ce projet doctoral s'est donc basé sur ce croisement nécessaire à une évaluation se rapprochant davantage de ce qui est expérimenté par l'ensemble des usagers du réseau québécois de la santé. En effet, la conception du QSSSS (Questionnaire de Satisfaction face

aux Soins et Services de Santé) permet à la fois de connaître ce que la personne pense que le réseau de la santé devrait offrir (importance) et ce que la personne perçoit que le réseau de la santé offre. Ces deux aspects se conjuguent afin d'établir un niveau de satisfaction exprimant la réalité vécue. Soustraire l'un de ces aspects à la mesure de la satisfaction équivaldrait à ne l'évaluer que partiellement. Cette perspective novatrice de l'évaluation de la satisfaction permettra non seulement aux décideurs et gestionnaires d'initier une réorganisation des soins et services de santé appuyée sur un outil éprouvé mais aussi à la communauté scientifique de poursuivre ou d'entreprendre des recherches ciblées sur les déterminants de la satisfaction. Il va sans dire que cette double vocation s'imbrique l'une à l'autre, en ce sens que les retombées scientifiques apporteront un éclairage aux décideurs et que les politiques mises de l'avant, soutenues par une évaluation continue de la satisfaction des usagers, contribuera à l'amélioration du réseau de la santé et des services sociaux québécois.

L'importance de la mesure de l'autonomisation

Les changements dans le système de santé et le virage ambulatoire ont nécessité le développement de nombreux services de maintien à domicile pour les personnes présentant certaines incapacités ou maladies. L'émergence de ces transformations nécessite, plus que jamais, une responsabilisation de la personne face au maintien de son autonomie et de son état de santé car elle doit faire appel à plusieurs dispensateurs pour pallier les pertes temporaires ou définitives de capacité. Pour optimiser l'issue de l'intervention, celle-ci doit désormais considérer la capacité des patients à se prendre en charge en tenant compte de leur aptitude à optimiser leur bien-être. La reconnaissance relativement récente de l'importance de cette prédisposition par le milieu médical a nécessité le développement d'un questionnaire d'autonomisation à l'égard des soins et services de santé puisque aucun n'a été développé pour mesurer spécifiquement ce concept. La seconde étude avait donc pour objet d'élaborer et de valider un questionnaire d'autonomisation.

Dans une perspective plus large d'amélioration de la qualité des soins et d'éducation à la santé, il incombe aux professionnels de la santé d'adopter une attitude promouvant une plus grande liberté et une plus grande responsabilisation de l'utilisateur face à son état de santé en délaissant

progressivement la conception répandue de « prise en charge » du patient. Par une sorte d'effet de contagion, la prise en compte croissante de l'autonomisation des clients par les intervenants constituera une incitation importante pour l'ensemble des décideurs à s'engager dans cette démarche. En effet, au-delà de la rapidité de traitement des dossiers, de la réduction des listes d'attente, de l'accessibilité aux soins, etc., il faut privilégier des relations plus personnalisées et égalitaires à l'intérieur desquelles les usagers peuvent prendre une part active. Il faut toutefois éviter un effet pervers potentiel, soit de laisser à eux-mêmes les usagers en besoin qui ne désirent pas ou ne sont pas aptes à prendre une telle place. Cette façon d'intervenir ne doit pas aller à l'encontre de la réponse aux besoins des usagers.

Si elle est issue d'un mouvement profond de la société occidentale, la mesure de l'autonomisation face aux services de santé rencontre aussi des tendances propres aux décideurs et gestionnaires. La réforme du réseau de la santé ne peut se faire que par la reconnaissance de nouvelles alternatives aux usagers. Ces alternatives sont principalement la possibilité de participer activement au processus décisionnel relatif aux types et à la quantité de services de soins et de santé reçus ainsi qu'à la possibilité de s'impliquer activement dans son interaction avec l'intervenant afin de trouver des solutions qui lui conviennent. La reconnaissance de ces nouvelles alternatives et

l'affirmation d'une relation plus individualisée conduisent à une implication active mutuellement acceptée et jugée utile, voire même nécessaire : il s'agit alors d'une véritable approche consensuelle dans la détermination des objectifs de soins et de services de santé à atteindre. Évidemment, cette approche étend le champ de la mesure de l'autonomisation des usagers à des aspects moins « matériels » et « techniques » des services, principalement la capacité d'écoute respectueuse, le lien de confiance et le sentiment d'équité entre les parties.

Cette notion d'autonomisation s'imposera avec force au cours des 15 prochaines années avec l'arrivée massive d'une nouvelle génération de personnes âgées, soit les baby-boomers. La société canadienne est « dominée » par près de 10 millions de baby-boomers. D'ici 2006, notre pays comptera environ 15 millions de Canadiens de plus de 50 ans prêts à se retirer plus jeunes, en meilleure santé, mieux éduqués et mieux nantis qu'auparavant, des gens dont les attitudes et les valeurs indiquent une mutation par rapport à celles des autres groupes d'âge qui les ont précédés. Les baby-boomers continuent à goûter les fruits de l'époque de prospérité sans précédent dans laquelle ils ont grandi. Il faut s'attendre à ce qu'en vieillissant, ils continuent à rechercher des activités stimulantes qui, tout en leur laissant une certaine marge de manœuvre, offrent l'occasion d'élargir leurs horizons sur le plan physique et intellectuel. Or, les caractéristiques de ces individus nous laissent entrevoir

qu'ils désireront participer activement au maintien de leur état de santé. D'autant plus que cette population sera également familiarisée à l'univers informatique ce qui leur permettra d'avoir accès à une multitude d'informations sur la santé en général mais également sur des problèmes de santé spécifiques auxquels ils pourraient être confrontés. C'est donc mieux informés qu'ils interagiront avec les différents professionnels de la santé. En conséquence, il peut être anticipé que la relation patient-intervenant n'en sera plus une où le patient relativement passif se conforme aveuglément aux directives des différents professionnels de la santé.

Les recherches à venir sur l'autonomisation des usagers devront s'attarder à certaines questions : Les usagers sont-ils en mesure de déterminer les soins et services de santé les mieux adaptés à leur condition? Quelle qualité de service désirent-ils? Est-ce que l'implication des usagers dans l'interaction avec l'intervenant (recherche d'information, de conseils, de méthodes alternatives, etc.) et dans le processus décisionnel va contribuer à rendre les soins et les services de santé plus efficaces et efficients? Est-ce que l'autonomisation peut nuire à la qualité du service telle que perçue dans les milieux de soins? Quelles répercussions a l'autonomisation du client sur l'autonomie professionnelle? Ces questions demeurent entières puisque cette conceptualisation du lien patient-intervenant est relativement récente et, à notre connaissance, aucune étude

n'en a étudié les répercussions sur la qualité des soins et services de santé reçus. En définitive, les enjeux attachés à l'autonomisation des usagers dépendent du mode d'action des différentes institutions de santé et de la faculté de choix, plus ou moins large, prise par les usagers. Un effort constant devra toutefois être fait au cours des prochaines années afin d'harmoniser ces pratiques.

Il faut reconnaître l'utilité spécifique de chacun des questionnaires dont a fait l'objet ce projet. Le questionnaire de satisfaction est davantage utile à grande échelle, c'est-à-dire une utilisation massive dont les résultats peuvent initier des changements dans l'organisation des soins et services de santé de façon globale. À l'encontre, le questionnaire d'autonomisation est une mesure qui permettra de connaître les répercussions de ces changements sur la façon qu'a le patient de se considérer en tant qu'acteur dans le maintien ou l'amélioration de son état de santé. Cette mesure peut également permettre de cerner l'évolution de la dynamique patient-intervenant à travers l'évolution des pratiques et des changements politiques, sociaux et culturels ayant incidence sur la façon de considérer le patient dans un contexte de soins au Québec.

Le lien entre la satisfaction et l'autonomisation

Les concepts de satisfaction et d'autonomisation sont intimement liés, au point qu'au début de ce projet doctoral la construction d'un seul instrument de mesure, intégrant à la fois le construit de satisfaction et d'autonomisation, avait été considérée comme une avenue possible, novatrice et économique. Ce n'est que lors de l'analyse des résultats, plus spécifiquement ceux de l'analyse factorielle exploratoire, que les construits se sont révélés, bien qu'intimement liés, distincts l'un de l'autre. En effet, les items élaborés pour mesurer la satisfaction se sont regroupés sous trois facteurs spécifiques et, de la même manière, les items de l'autonomisation ont formé trois dimensions distinctes. Par ailleurs, aucun item n'a été interverti, c'est-à-dire qu'aucun item de satisfaction s'est retrouvé sous une dimension de l'autonomisation et vice et versa. Ce constat, loin de porter ombrage aux anticipations premières, permet de conclure en la spécificité des construits de satisfaction et d'autonomisation tout en constatant leur lien étroit. Le dernier article portait donc sur la vérification empirique de la force du lien existant entre ces deux concepts, mais avait également pour objectif d'établir les déterminants de la satisfaction et de l'autonomisation chez les personnes âgées dans un contexte d'intégration des services.

L'étude des variables associées à la satisfaction et de l'autonomisation incluait des variables sociodémographiques et des variables de santé. Les résultats n'ont pas démontré que la scolarisation, le sexe du répondant et l'âge influençaient le niveau de satisfaction et d'autonomisation. Toutefois, l'autoperception de sa santé, plus spécifiquement les personnes se percevant en excellente santé sont plus satisfaites des soins et services de santé et sont plus autonomisées.

Plus spécifiquement, les sujets les plus satisfaits perçoivent leur état de santé comme excellent comparativement aux gens de leur âge, reçoivent des services de maintien à domicile du Centre Local de Services Communautaires (CLSC), ont moins de problèmes de santé gênants et habitent avec un ou plusieurs membres de leur famille. D'autre part, les personnes les plus autonomisées sont plus scolarisées, ne sont pas veuves, perçoivent leur état de santé excellent comparativement aux gens de leur âge, n'ont pas été hospitalisées au cours de la dernière année et prennent moins de médicaments.

Les résultats concernant la relation existante entre la satisfaction et l'autonomisation suggèrent que ces concepts sont intimement reliés. Ces conclusions ne sont pas surprenantes puisqu'une démarche axée sur une responsabilisation partagée permet d'initier une relation « égalitaire » et de

recentrer la problématique au cœur même des préoccupations du patient et de l'intervenant (Barr & Cochran, 1992). En effet, une relation empreinte d'ouverture mutuelle et de collaboration permettra de faciliter l'accompagnement, de mettre à profit l'expertise professionnelle en transmettant des connaissances éclairées et éclairantes, d'optimiser le processus décisionnel et conséquemment d'accroître le niveau de satisfaction. Il importe de souligner qu'un certain chevauchement entre la notion de satisfaction et d'autonomisation était déjà anticipé en raison de leur proximité conceptuelle.

Les recherches futures devront poursuivre le travail entrepris dans la détermination des facteurs du niveau de satisfaction et d'autonomisation. Bien qu'il ait été démontré que des variables autres que sociodémographiques (variables relatives à la santé) contribuaient à expliquer ces concepts, il importe de poursuivre les analyses avec d'autres variables permettant d'accroître la variance expliquée. Ce travail serait d'autant plus pertinent en ce qui concerne la notion d'autonomisation puisque peu d'études ont été réalisées jusqu'à maintenant. Il serait également intéressant de considérer l'autodétermination du patient comme variable indépendante pour analyser son effet sur l'obtention de services MAD, sur l'autoperception de sa santé, sur sa satisfaction face aux soins et services de santé et sur sa qualité de vie perçue. Finalement, des

recherches ultérieures pourraient être utiles afin de vérifier empiriquement le lien de causalité existant entre les concepts de satisfaction et d'autonomisation.

Références

- Aharony, L., & Strasser, S. (1993). Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore. *Medical Care Review, 50* (1), 49-79.
- Anastasi, A. (1976). *Psychological Testing*. (4th ed.) New-York: Macmillan.
- Anderson, J. M. (1991). Immigrant women speak of chronic illness : The social construction of the devalued self. *Journal of Advanced Nursing, 16*, 710-717.
- Anderson, E. W., & Sullivan, M. (1993). The antecedents and consequences of customer satisfaction for firms. *Marketing Science, 12* (2), 125-143.
- Anderson, L. A., & Zimmerman, M. A. (1993). Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: A study of chronic disease management. *Patient Education and Counseling, 20*, 27-36.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*. New-York: Plenum.
- Attkisson, C. C., & Zwick, R. (1982). The Client Satisfaction Questionnaire (CSQ): Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Program Planning, 5*, 233-237.
- Averill, J. R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin, 80*, 286-303.
- Auer, J. (1989). Assessing environmental health: Some problems and strategies. *Community Health Studies, 13*, 441-447.

- Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advanced Nursing, 22*, 316-322.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy: Mechanism in human agency. *American Psychologist, 37* (2), 122-147.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman Company.
- Barr, D., & Cochran, M. (1992). Understanding and supporting empowerment: Redefining the professional role. *Networking Bulletin, 2* (3), 3.
- Beckingham, A. C., & Watt, S. (1995). Daring to grow old: Lesson in healthy aging and empowerment. *Educational Gerontology, 21*, 479-495.
- Bergman, H., Béland, F., Lebel, P., Contandriopoulos, A. P., Tousignant, P., Brunelle, Y., Kaufman, T., Leibovich, E., Rodriguez, R., & Clarfield, M. (1997). Care for Canada's frail elderly population: Fragmentation or integration? *Canadian Medical Association, 157* (8), 1116-1121.
- Berwick, D. M. (1996). Quality of health care. Part 5: Payment by capitation and the quality of care. *New England Journal of Medicine, 335* (16), 1227-1231.
- Beiseker, A., & Beiseker, T. (1990). Patient information: Seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care, 28*, 19-28.
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavior Medicine, 4*, 139-157.

- Black, N., & Sanderson, C. (1993). Day surgery: Development of a questionnaire for eliciting patients' experiences. *Quality in Health Care*, 2 (3), 157-161.
- Boechler, V., Neufeld, A., & McKim, R. (2002). Evaluation of client satisfaction in a community health centre: Selection of a tool. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 17 (1), 97-117.
- Bolduc, M., & Trahan, L. (1988). *Programme d'évaluation portant sur le processus de réponse aux besoins de longue durée des personnes âgées ayant des limitations fonctionnelles*. Québec, QC: Direction de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Boulding, W., Kalra, A., Staelin, R., & Zeithaml, V. (1993). A dynamic process model of service quality: From expectations to behavioral intentions. *Journal of Marketing Research*, 30, (1), 7-27.
- Brody, D. S., Miller, S. M., Lerman, C. E., Smith, D. G., Lazaro, C. G., & Blum, M. J. (In press). The relationship between patients satisfaction with their physicians and perceptions about interventions they desired and received. *Medical care*.
- Brown, E. R., & Margo, G. E. (1978). Health education: Can the reformers be reformed? *International Journal of Health Services*, 8, 3-26.
- Bureau de la statistique du Québec. (1999). *Le Québec chiffres en main*. Québec, QC: Bureau de la statistique du Québec.
- Burger, J. M. (1989). Negative reactions to increases in perceived personal control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 246-256.

- Butow, P. N., Dunn, S. M, Tattersall, M. H. N, & Jones Q. J. (1994). *Patient participation in the cancer consultation: Evaluation of a question prompt sheet*. *Annual Oncologic*, 5 (3), 199-204.
- Cadotte, E. R., Woodruff, R. B., & Jenkins, R. L. (1987). Expectations and norms in models of consumer satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 14 (3), 305-314.
- Callahan, E. J., Bertakis, K. T., Azari, R., Robbins, J. A., Helms, J., & Chang, D. W. (2000). The influence of patient age on primary care resident physician-patient interaction. *Journal of American Geriatrics Society*, 48, 30-35.
- Capitman, J. A., Abrahams, R., & Ritter, G. (1997). Measuring the adequacy of home care frail elders. *The Gerontologist*, 37, 303-313.
- Carr-Hill, R. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14, 236-249.
- Caryn, E. L., David, S. B., Caputo, G. C., Smith, D. G., Lazaro, C. G., & Wolfson, H. G. (1990). Patients' perceived involvement in care scale: Relationship to attitudes about illness and medical care. *Medical Care*, 5, 29-33.
- Caubergs, L. (2002). Genre et empowerment. Document internet. http://www.genreenaction.net/article.php3?id_article=3237
- Churchill, G. A., & Surprenant, C. (1982). An investigation into the determinants of customer satisfaction. *Journal of Marketing Research*, 19 (4), 491-504.
- Cleary, P. D., & McNeal, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality of care. *Inquiry*, 25, 25-36.

- Cohen, G. (1996). Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social Science and Medicine*, 42 (7), 1085-1093.
- Compton, B., & Galaway, B. (1994). *Social work processes* (5th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Cox, E. O., & Parsons, R. J. (1994). *Empowerment oriented social work practice with the elderly*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Dolinsky, A. L., & Caputo, R. K. (1990). The role of health care attributes and demographic characteristics in the determination of health care satisfaction. *Journal of Health Care Marketing*, 10 (4), 31-39.
- 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, 1743-1748.
- Doumont, D., & Aujoulat, I. (2003). L'empowerment et l'éducation du patient. Série de dossiers techniques CFB.
- Dubé, M., Lamy, L., Lalande, G., Alain, M., & Lapierre, S. (1990) L'autonomie psychologique des personnes âgées. Le concept et son opérationnalisation. Congrès international francophone de gérontologie, Octobre, Montréal. Abrégé de la communication, *Union Médicale du Canada*, 120 (2), 121.
- Durand, P. J., Bonin, L., Tourigny, A., Paradis, M., Lemay, A., Bergeron, P., Bussière, A., Beauchesne, L., & Rochette, L. (1999). *Une expérience d'intégration de services aux aînés incluant le guichet unique, le « case-management » et le plan de service individualisé*. Rapport d'étape. Québec, QC : Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé.

- Durand, P. J., Tourigny, A., Bonin, L., Paradis, M., Lemay, A., & Bergeron, P. (2001). *Mécanisme de coordination des services géro-geriatriques des Bois-Francs*. Rapport final sur les résultats présenté au Fonds d'adaptation des services de santé QC403. Québec, QC: Fondation Canadienne de la Recherche sur les Services de Santé.
- Easton, K.L. (1993) Defining the concept of self-care. *Rehabilitation Nursing*, 18, 384-87.
- Eisen, A. (1994). Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. *Health Education Quarterly*, 21 (2), 235-252.
- Eisenberg, B. (1997). Customer service in healthcare: A new era. *Hospital and Health Services Administration*, 42 (1), 17-31.
- Eisenthal, S., & Lazare, A. (1979). Evaluation of the initial interview in a walk-in clinic: The patient's perspective on a customer approach. *Journal of Nervous Mental Disease*, 36, 393-398.
- Eng, E., Salmon, M. E., & Mullan, F. (1992) Community empowerment: The critical base for primary health care. *Family and Community Health*, 15, 1-12.
- Evrard, Y., & Aurier, P. (1996). Identification and validation of the components of the person-object relationship. *Journal of Business Research*, 37 (2), 127-134.
- Fetterman, D., Kaftarian, S. J., & Wandersman, A. (1996). *Empowerment evaluation. Knowledge and tools for self-assessment and accountability*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.

- Ford, C. V., & Sbordone, R. J. (1980). Attitudes of psychiatrists toward elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 137, 571-575.
- Gardial, S. F. & Woodruff, R. F. (1996). *Know your customer: New approaches to understanding customer value and satisfaction*. Cambridge, MA: Blackwell Pub.
- Garant, L., & Bolduc, M. (1990). *L'aide par les proches : mythes et réalités*. Québec, QC: Direction de l'évaluation, Ministère de la santé et des services sociaux.
- Garant, V., & Alain, M. (1995). Perception de contrôle, désir de contrôle et santé psychologique. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 27, 251-267.
- Geron, S. M. (1996). Using measures of subjective well-being and client satisfaction in health assessments of older persons. *Health Care in Later Life*, 1 (6), 185-196.
- Geron, S. M., Smith, K., Tennstedt, S., Jette, A., Chassler, D., & Kasten, L. (2000). The home care satisfaction measure: A client-centered approach to assessing the satisfaction of frail older adults with home care services. *Journal of Gerontology, Serie B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55, S259-S270.
- Greenfield, S., Blanco, D. M., Elashoff, R. M., & Ganz, P. A. (1987). Patterns of care related to age of breast cancer patients. *Journal of the American Medical Association*, 257, 2766-2770.
- Greenfield, S., Kaplan, S., & Ware J (1985). Expending patient involvement in care : Effect on patient outcomes. *Annual International Medical*, 102, 520-528.

- Gibson, C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing, 16*, 354-361.
- Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1988). What patients like about their medical care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science and Medicine, 27* (9), 935-939.
- Hall, J. A., Milburn, M. A., & Epstein, A. M. (1993). A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Medical Care, 31*, 84-94.
- Haug, M. R. (1996). Elements in physician/patient interaction in late life. *Research on Aging, 18*, 32-51.
- Hébert, R. (1997). Functional decline in old age. *Canadian Medical Association Journal, 157* (8), 1037-1045.
- Hébert, R., Carrier, R., & Bilodeau, A. (1988). Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF). *La revue de Gériatrie, 13* (4), 161-167.
- Hébert, R. (2001). Les réseaux intégrés de services aux personnes âgées : une solution prometteuse aux problèmes de continuité des services. *Le médecin du Québec, 36* (8), 77-84.
- Hébert, R., Brayne, C., & Spiegelhalter, D. (1997). Incidence of functional decline and improvement in a community-dwelling very elderly population. *American Journal of Epidemiology, 145*, 935-944.
- Herman, R. C., Ettner, S. L., & Dorwart, R. A. (1998). The influence of psychiatric disorders on patients' ratings of satisfaction with health care. *Medical Care, 36*, 720-727.

- Hopton, J. L., Howie, J. G. R., & Porter, M. D. (1993). The need for another look at the patient in general practice satisfaction surveys. *Journal of Family Practice, 10*, 82-87.
- Institut de la statistique du Québec. (1998). *Enquête québécoise sur les limitations d'activités*. Québec, QC: Institut de la statistique du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2001). *Enquête sociale et de santé*. Québec, QC: Institut de la statistique du Québec.
- Illich, I. (1976). *Medical Nemesis: The exploration of health*. New-York, NY: Pantheon
- Israel, B., Checkoway, B., Schulz, A., & Zimmerman, M. (1994). Health education and community empowerment: Conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational, and community control. *Health Education Quarterly, 21* (2), 149-170.
- Joubert, P., Laberge, A., Fortin, J. P., Paradis, M., & Desbiens, F. (1991). *Évaluation du programme québécois de services intensifs de maintien à domicile (SIMAD)*. Ste-Foy, QC: Unité de recherche en santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval.
- Kaplan, S. H., Gandek, B. & Greenfield, S. (1995). Patient and visit characteristics related to physicians participatory decision-making style. *Medical care, 33*, 1176-1187.
- Kar, S. B., Pascual, C. & Chickering, K. (1999). Empowerment of women for health promotion: A meta analysis. *Social Science and Medicine, 49* (11), 1431-1460

- Kari, N., & Michels, P. (1991). The Lazarus project: The politics of empowerment. *The American Journal of Occupational Therapy, 45*, 719-725.
- Keeler, E. B., Solomon, D. H., Beck, J. C., Mendenhall, R.C., & Kane, R.L. (1982). Effect of patient age on duration of medical encounters with physicians. *Medical Care, 20*, 1101-1108.
- Khayat, K., & Salter, B. (1994). Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *British Journal of General Practice, 44*, 215-219.
- Krippendorff, K. (1970). Bivariate agreement coefficients for reliability of data. In E. F. Borgatta, & G. W. Bohrnstedt (Eds.), *Sociological Methodology*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Labonté, R. (1996). Measurement and practice: Ethical claims in the use of quality of life, health promotion and empowerment. In R. Renwick, I. Brown & M. Nagler (Eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation: Conceptual approaches* (pp. 132-145). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Labonté, R. (1994). Health promotion and empowerment: Reflections on professional practice. *Health Education Quarterly, 21* (2), 253-268.
- LaMonica, E. L., Oberst, M. T., Madea, A. R., & Wolf, R. M. (1986). Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing and Health, 9*, 43-50.
- Larsen, D., Attkisson, C. C., Hargreaves, W., & Nguyen, T. D. (1979). Assessment of client/patient satisfaction : Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning, 2*, 197-207.

- Lee, Y., & Kasper, J. D. (1998). Assessment of medical care by elderly people: General satisfaction and physician quality. *Health Services Research, 32* (6), 741-758.
- Lerman, C. E., Brody, D. S., & Caputo, C. (1990). Relationships to attitudes about assessment recommendation. *Journal of Gerontology: Medical science, 52A*, M44-M51.
- Lerman, C., Brody, D., Caputo, C., Smith, D., Lazaro, C., & Wolfson, H. (1990). Patients' perceived involvement in care scale: Relationship to attitudes about illness and medical care. *Journal of General Internal Medicine, 5*, 29-33.
- Lev, E.L., & Owen, S. V. (1996). A measure of self-care self-efficacy: Strategies used by people to promote health. *Research in Nursing and Health, 19*, 421-429
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine, 16* (5), 577-582.
- Longpré, C. Forté, D., O'Doherty, C., & Vissandjée, B. (1998). Projet d'empowerment des femmes. Conception, application et évaluation de l'*empowerment* (phase 1). Rapport de recherche. Le Centre d'excellence pour la santé des femmes - Consortium Université de Montréal (CESAF)
- Lord, F. M., & Novick, M. R. (1965). *Statistical Theory of Mental Tests*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Lum, O., Brink, T. L., Yesavage, J. A., Heersetma, P., Ade, Y. M., & Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontology, 1*, 37-43.

- Maciejewski, M., Kawiecki, J., & Rockwood, T. (1997). Satisfaction. In R. L. Kane (Ed.), *Outcome assessment (Medical care)* (pp.67-89). Gaithersburg, MD : Aspen Publishers, Inc.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Marsh, G. (1999). Measuring patient satisfaction outcomes across provider disciplines. *Journal of Nursing Measurement*, 7 (1), 47-62.
- McKinnon, A. L. (2001). Client satisfaction with physical therapy services: Does age make a difference? *Physical and Occupational Therapy in Geriatrics*, 19 (2), 23-37.
- Meng, Y-Y., Jatulis, D. E., McDonald, J. P., & Legorreta, A. P. (1997). Satisfaction with access to and quality of health care among Medicare enrollees in a health maintenance organization. *Western Journal of Medicine*, 166 (4), 242-247.
- Menon, S. T. (1999). Psychological empowerment: Definition, measurement, and validation. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 31 (3), 161-164.
- Mondros, J. B., & Wilson, S. M. (1994). *Organising for power and empowerment*. New-York: Columbia University Press.
- Myers, J. (1995). The psychological basis for empowerment. In D.Thursz, C. Nusberg, & J. Prather (Eds.), *Empowering older people: An international approach*. London: Cassell.
- Najman, J. M., & Klein, M. C. (1982). Patient characteristics negatively stereotyped by doctors. *Social Science of Medicine*, 16, 1781-1789.

- Newcomer, R., Preston, S., & Harrington, C. (1996). Health plan satisfaction and risk of disenrollment among Social/HMO and fee-for-services recipients. *Inquiry*, 33, 144-154.
- Ngobo, P. V. (2000). Satisfaction des clients et part de marché de l'entreprise: un réexamen au regard des récentes avancées théoriques. *Recherche et Applications en Marketing*, 15 (2), 21-42.
- Nguyen, T. D., Attkisson, C. C., & Stegner, B. L. (1983). Assessment of client/patient satisfaction : Development and standardization of a service evaluation questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 6, 299-314.
- Nourri, F. M., & Lincoln, N.B. (1987). An extended activities of daily living index for stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 1, 301-305.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York : McGraw-Hill Book Company.
- Oliver, R. L. (1980). A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing Research*, 17 (4), 460-469.
- Oliver, R. L. (1993). Cognitive, affective and attributes bases of the satisfaction response. *Journal of Consumer Research*, 20 (3), 418-430.
- Oliver, R. L. (1997). *Satisfaction: On a behavioural perspective on the consumer*. New-York: McGraw-Hill Book Company.
- Orth, J. E., Stiles, W. B., & Scherwitz, J. (1987). Patient exposition and provider explanation on routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychological*, 6, 29-42.

- Parsons, R. J., Gutiérrez, L. M., & Cox, E. O. (1998). A model for empowerment practice. In L. M. Gutiérrez, E. O. Cox, & R. J. Parsons (Eds.), *Empowerment in social work practice : A sourcebook* (pp. 3-23). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Parsons, R. J., Jorgenses, J. D., & Hernandez, S. H. (1994). *The integration of social work practice*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care : A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Pascoe, G.C., Atkinson, C.C., & Robert, R. E. (1983). Comparison of indirect and direct approaches to measuring patient satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6, 359-371.
- Paulhus, D. L. (1983). Sphere-specific measures of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1253-1265.
- Plichon, V. (1999). Analyse de l'influence de la satisfaction des états affectifs sur le processus de satisfaction dans la grande distribution. Thèse de doctorat ès sciences de gestion. Université de Bourgogne.
- Pound, P., Gompertz, P., & Ebrahim, S. (1994). Patients' satisfaction with stroke services. *Clinical Rehabilitation*, 8, 7-17.
- Radecki, S. E., Kane, R. L., & Solomon, D. H. (1988). Do physicians spend less time with older patients? *Journal of American Geriatric Society*, 36, 713-718.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradoxe. A social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9, 1-25.

- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory of community psychology. *American Journal of Community Psychology, 15*, 121-147.
- Renz-Beaulaurier, R. (1994). The role of choice in empowering people with disabilities: Reconceptualizing the roles of social work practice in health and rehabilitation settings. In L. Gutiérrez & P. Nurius (Eds.), *Education and research for empowerment practice*. Seattle: University of Washington School of Social Work Center for Policy and Practice Research.
- Rees Lewis, J. (1994). Patient views on quality care in general practice: Literature review. *Social Science and Medicine, 39* (5), 655-670.
- Rissel, C. (1994). Empowerment: The holy grail of health promotion ?. *Health Promotion International, 9* (1), 39-47
- Risser, N. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research, 24* (1), 45-52.
- Rodin, J. (1976). Density, perceived choice, and response to controllable and uncontrollable outcomes. *Journal of Experimental Social Psychology, 12*, 564-578.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs, 80*(1, Whole no. 609).
- 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.
- Rust, R. T., & Zahorik, A. (1993). Customer satisfaction, customer retention and market share. *Journal of Retailing, 69* (2), 193-216.

- Rust, R. T., Zahorik, A., & Keiningham, T. L. (1996). *Service marketing*. New-York: Harper Collins.
- Sabourin, S., Pérusse, D., & Gendreau, P. (1989). Les qualités psychométriques de la version canadienne française du questionnaire de satisfaction du consommateur de services thérapeutiques. *Revue Canadienne des Sciences du Comportement*, 21, 149-159.
- Santé et bien-être social Canada. (1993). *Vieillesse et autonomie : aperçu d'une enquête nationale*. Ottawa, ON: Gouvernement du Canada.
- Schutz, S. M., Lee, J. G., Schmitt, C. M., Almon, M., & Baillie, J. (1994). Clues to patient dissatisfaction with conscious sedation for colonoscopy. *American Journal of Gastroenterology*, 89, 1476-1479.
- Sherbourne, C. D., Hays, R. D., Ordway, L., DiMatteo, M. R., & Kravitz, R. L. (1992). Antecedents of adherence to medical recommendations: Results from the medical outcomes study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15 (5), 447-468.
- Sherwin, S. (1992). *No longer patient: Feminist ethics and health care*. Philadelphia, Temple University Press.
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, K. M., & Mitchell, J. B. (2000). *Remaking health care in america*. San Francisco, CA: Jossey Bass Publishers.
- Simon, B. L. (1994). *The empowerment traditions in American social work*. New-York: Columbia University Press.
- Sixma, H. J., Cretien Van Campen, J., Kerssens, L. P., & Peters, L. (2000). Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-Elderly instrument. *Age and Ageing*, 29, 173-178.

- Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 549–570.
- Smith, T. (1990). Poverty and health in the 1990s. *British Medical Journal, 301*, 349-350.
- Solomon, B. (1976). *Black empowerment: Social work in oppressed communities*. New-York: Columbia University Press.
- Steiber, S., & Krowinski, W. (1990). *Measuring and managing patient satisfaction*. Chicago: American Hospital Publishing.
- Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C., & Freeman, T. (1995b) *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Sullivan, G. L. (1984). Role of referent selection in primary care provider choice and satisfaction. *Journal of Health Care Marketing, 4* (3), 27-36.
- Swift, C., & Levin, G. (1987). Empowerment: Emerging mental health technology. *Journal of Primary Prevention, 8*, 71-94.
- Thomas, K. W., & Velthouse, B. A. (1990). Cognitive elements of empowerment: An "interpretive" model of intrinsic task motivation. *Academy of Management Review, 15*, 666-681.
- Tones, K. (1993) Changing theory and practice: trends in methods, strategies and settings in health education. *Health Education Journal, 52*, 125-139.
- Tourigny, A., Côté, L., Laberge, A., Paradis, M., & Joubert. P. (1993). *Évaluation du programme québécois des centres de jour*. Ste-Foy, QC: Unité de recherche en santé communautaire du Centre hospitalier de l'Université Laval.

- Tourigny, A., Gagnon, C., Miller-Stryckman, J., Bergeron, P., Paradis, M., & Thomassin, L. (1996). *L'allocation directe au Québec : des modes de fonctionnement variés à découvrir, des points de vue à faire connaître*. Québec, QC: Centre de santé publique.
- Trahan, L. (1989). *Les facteurs associés à l'orientation des personnes âgées dans les établissements d'hébergement : une revue de la littérature*. Québec, QC: Services de l'évaluation, Réadaptation et services de longue durée, Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Tse, D. K., & Wilton, P. C. (1988). Models of consumer satisfaction formation: an extension. *Journal of Marketing Research*, 25 (2), 204-212.
- Van Servellen, G., Lewis, C. E., Leake, B., & Schweitzer, S. O. (1991). Patient satisfaction on AIDS and oncology special care units and integrated units: A pilot study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 2 (3), 29-39.
- Via, P., & Salyer, J. (1999). Psychosocial self efficacy and personal characteristics of veterans attending a diabetes education program. *Diabetes Educator*, 25 (5), 727-737.
- Villeneuve, M. (1997). *Système de services intégrés pour personnes âgées en perte d'autonomie (SIPA)*. Demande de subvention soumise par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Wallerstein, N. (1992). Powerlessness, empowerment, and health: Implications for health promotion programs. *American Journal of Health Promotion*, 6, 197-205.
- Wallston, K. A., & Wallston, B. S. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Education Monographs*, 6 (2), 160-170.

- Ware, J. E., Davies-Avery, A., & Stewart, A. (1978). The measurement and meaning of patient satisfaction: A review of the literature. *Health and Medical Services Review*, 1, 1-15.
- Ware, J. E., & Hays, R. D. (1988). Methods for measuring patient satisfaction with specific medical encounters. *Medical Care*, 26, 393.
- Ware, J. E. Jr., Snyder, M. K., & Wright, W. R. (1976). *Development and validation of scales to measure patient satisfaction with health care services: Volume I of a Final Report part B: Results regarding scales constructed from the patient satisfaction questionnaire and measures of other health care perceptions* (NTIS No. PB 288-330). Springfield, VA: National Technical Information Service.
- Ware, J. E. Jr., Snyder, M. K., Wright, S. W., & Davies, A. R. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 247-263.
- Waserman, R. C., Inui, T. S., Barriatua, B. S., Carter, W. B., & Lippincott, P. (1984). Pediatric clinicians' support for parents makes a difference: An outcome-based analysis of clinician-patient interaction. *Pediatrics*, 74, 1047-53.
- Weingarten, S. R., Stone, E., Green, A., Pelter, M., Nessim, S., Huang, H., & Kristopaitis, R. (1995). A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines. *American Journal of Medicine*, 99, 590-596.
- Wenocur, S., & Reisch, M. (1989). *From charity enterprise: The development of American social work in a market economy*. Chicago: University of Illinois Press.
- Wensing, M., Grol, R., & Smits, A. (1994). Quality judgements by patients on general practice care: A literature analysis. *Social Science and Medicine*, 38 (1), 45-53.

- Westbrook, R. A., & Reilly, M. D. (1983). Value percept disparity: An alternative to the disconfirmation expectations theory of consumer satisfaction. In R. P. Bagozzi, & A. M. Tybout (Eds.), *Advances in Consumer Research* (pp.256-261). San Francisco, CA: Association for Consumer Research.
- Westbrook, R. A. (1980). A rating scale for measuring product/service satisfaction. *Journal of Marketing*, 44 (40), 68-72.
- Westbrook, R. A. (1987). Product/consumption-based affective responses and postpurchase process. *Journal of Marketing Research*, 24 (3), 258-270.
- Wiggins, J. S. (1980). *Personality and prediction principles of personality assessment*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., & Starrin, B. (1994). Quality of care : Development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 8, 39-48.
- Yi, Y. (1993). The determinants of customer satisfaction: The moderating role of ambiguity. *Consumer Research*, 20, 502-506.
- Zuckerman, M., & Lubin, B. (1965). *Manual for the multiple affect adjective check list*. San Diego, CA: EDITS Publishers.