

2m11.3097.7

Université de Montréal

Indicateurs de satisfaction des services de soutien à domicile  
selon des personnes âgées et des aidants familiaux.

Par  
Renée Claire Fox

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.)  
en sciences infirmières

Avril 2002

© Renée Claire Fox, 2002



WY

5

U58

2002

v. 023

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Indicateurs de satisfaction des services de soutien à domicile  
selon des personnes âgées et des aidants familiaux.

présenté par:

Renée Claire Fox

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Francine Ducharme, Ph.D.  
président-rapporteur

Raymond Grenier, Ph.D.  
directeur de recherche

Marc Bourdeau, Ph.D.  
membre du jury

## Sommaire

Les services de soutien à domicile font partie intégrante des services de santé et, selon toute vraisemblance, connaîtront un essor important au cours des prochaines années. L'évaluation de la satisfaction des clients est une mesure qui prend beaucoup d'importance dans le contexte du domicile et le développement d'un système efficace de mesure et d'évaluation doit tenir compte des besoins exprimés par les consommateurs. En effet, la satisfaction a un impact sur les comportements de santé en favorisant le recours aux services, l'adhésion au plan thérapeutique et l'expression des attentes (Ware & Davies, 1984). Afin de rendre crédibles les opinions émises par les utilisateurs de services, en l'occurrence des personnes âgées et des aidants familiaux principaux, il importe de comprendre l'importance qu'ils accordent aux caractéristiques des services de soutien à domicile dont ils bénéficient. La revue des écrits révèle une pénurie de recherches sur la perspective des utilisateurs de ces services, notamment les personnes âgées avec des problèmes de santé physique ainsi que les aidants qui en assument les soins. De plus, dans cette perspective, les outils de mesure de la satisfaction, à notre connaissance, n'existent pas. La présente recherche exploratoire s'est donc donnée comme but d'identifier et de décrire l'importance relative accordée à des indicateurs de satisfaction des services de soutien à domicile par des personnes âgées et des aidants familiaux utilisateurs de services. Ces indicateurs constituent le référentiel pour le développement de l'instrument de mesure de la satisfaction des services. Cette étude privilégie la méthodologie Q, technique d'évaluation comparative fournissant au chercheur une méthode quantitative systématique et rigoureuse pour étudier la subjectivité humaine. D'abord, 350 indicateurs de satisfaction, identifiés à partir d'écrits, ont été répertoriés par la chercheuse dans les 12 dimensions du cadre de référence proposé par la Régie Régionale de Santé et Services Sociaux de Montréal-Centre (1994). Puis, les indicateurs ont été classés par trois expertes, non-universitaires, selon leur clarté et leur pertinence à la dimension. À partir de 240 indicateurs ainsi retenus, une série Q de 36 indicateurs a été choisie, soit trois pour chacune des 12 dimensions dont deux s'appliquent aux personnes âgées (pa) et une aux aidants familiaux (af) à qui est destinée



l'étude. À domicile, la chercheuse a soumis la série Q à chaque membre de dix dyades personnes âgées - aidants familiaux qui ont explicité leur point de vue en triant 36 cartes affichant chacun un indicateur de satisfaction. Ce tri s'est effectué par degré d'importance, sur un continuum de 9 catégories selon un choix libre – forcé et selon un nombre pré-déterminé par une courbe de distribution quasi-normale. L'analyse des données s'est réalisée en deux parties. Premièrement, une analyse des ressemblances ou proximité des préférences des participants pour chacun des indicateurs a été effectuée. À cet effet, la théorie de Kendall a permis d'ordonner les préférences en ordre croissant. Deuxièmement, l'exploration des structures de préférences a été effectuée à l'aide de l'analyse en composantes principales. Suite à l'analyse, une entente a été constatée dans les groupes pa-af sur la dimension la moins importante, la solidarisation, de même que pour la dimension la plus importante, la rapidité des services. Aussi, il existe un nombre d'oppositions intéressantes dans les préférences pa-af qui montrent au fond des perspectives quelque peu différentes face aux dimensions à l'étude. L'analyse factorielle a permis l'extraction des cinq facteurs suivants: la sécurité, l'offre, l'interaction, l'aspect technique et l'optimisation. Les résultats de la recherche identifient et décrivent des indicateurs de satisfaction validés par des personnes âgées et des aidants familiaux. Ces données pourraient contribuer à la création d'outils de mesure de la satisfaction selon la perspective de ces utilisateurs des services de soutien à domicile. Cette étude pourrait être reprise auprès d'utilisateurs de cultures diverses afin d'apprécier l'impact sur l'importance accordée aux indicateurs de satisfaction. Les résultats proposent des orientations quant à la gestion des ressources ainsi que pour la pratique infirmière afin de maximiser la réponse aux attentes et la satisfaction de la clientèle.

## Summary

Home care services form an integral part of the health care system and, as such, will experience a rapid growth over the next few years. Client satisfaction is becoming increasingly important in the context of home care and an effective system of measurement and evaluation must take into account the consumers' expressed needs. Indeed, satisfaction has an impact on health care behavior, contributes to health service recourse, increases adherence to a therapeutic plan and voices consumer expectations (Ware & Davies, 1994). In order to add credibility to consumer opinions, specifically those of the elderly and those of their designated family caregivers, it is essential that we understand the importance accorded to the characteristics of the home care services which they receive. A review of the literature reveals a lack of studies from a consumer's perspective regarding these services, specifically the perspectives of the elderly with health problems and of that of their family caregivers. Furthermore, to our knowledge, there exists no system of home care service satisfaction measurement based on these perspectives. Thus, the aim of the present exploratory research is to identify and describe the relative importance given to indicators of satisfaction with home care services by its users, the elderly and their family caregivers. These indicators constitute a system of reference for the development of a tool for measurement of home care service satisfaction. This study utilized Q methodology, a comparative evaluation technique providing the researcher with a systematic quantitative method to examine human subjectivity. Three hundred and fifty indicators were identified from a variety of sources and reflected the domain of study. They were then classified by the researcher into 12 service dimensions as defined by the reference framework proposed by the Regional Health and Social Services Board of Montreal Central (1994). These indicators were then evaluated by three non-academic experts according to their comprehensiveness and relevance to the above mentioned dimensions. Of the 240 indicators thus retained, a set of 36 indicators were randomly selected for sorting by the study participants. The researcher submitted 36 cards displaying a written description of each indicator to every member of ten dyads, elderly-family caregivers. The sorting process was made along a

continuum of 9 ranks, from least important to most important, using a forced free response format according to a quasi-normal distribution curve. The data analysis was carried out in two stages. First, an analysis of the proximity of preferences of the participants for each of the 36 indicators was completed. Kendall's theory enabled the ranking of the participants' preferences. Secondly, an exploration of the structure of preferences was completed with the use of factor analysis. Following this analysis, there appeared to be a consensus among the two groups, elderly-family caregivers, as to the least important dimension, solidarity, and also regarding the most important dimension, rapidity of services. Also, there exists a number of interesting divergences in the preferences expressed by each group indicating a difference of perspective between the elderly and their family caregivers. Factor analysis identified the following five factors: security, offer of service, interaction, technical aspect and optimization. The research results identify and describe home care service satisfaction indicators validated by the elderly and their family caregivers. This data could contribute to the creation of tools of satisfaction measurement from the home care service consumer's perspective. This study could be undertaken with consumers of different cultural backgrounds in order to assess the impact of this variable on the importance accorded to satisfaction indicators. The results provide suggestions regarding resource management and nursing practice in order to maximise the response to client expectations and satisfaction.

## Table des matières

<b>Sommaire</b> .....	iii
<b>Summary</b> .....	v
<b>Liste des tableaux</b> .....	xi
<b>Liste des figures</b> .....	xii
<b>Remerciements</b> .....	xiii
<b>Introduction</b> .....	1
<b>Chapitre premier – Le problème</b> .....	4
But de l'étude.....	9
Question de recherche.....	10
<b>Chapitre deuxième – La recension des écrits</b> .....	11
Cadre de référence: Le concept de service.....	12
La qualité.....	17
Évaluation de la qualité .....	18
L'amélioration continue de la qualité .....	20
Le consommateur .....	22
La satisfaction .....	25
Les facteurs liés à la satisfaction .....	27
Les études sur la satisfaction .....	30
Les défis de la mesure de la satisfaction .....	34
Les solutions.....	36
Les services de soutien à domicile .....	38
Le domicile.....	38
Les services dispensés à domicile par les CLSC.....	39
Le recours aux services à domicile.....	41
Les défis de la mesure et les services de soutien à domicile.....	43
Conclusion .....	45
<b>Chapitre troisième – La méthode de recherche</b> .....	46
Le devis de recherche.....	47
La méthodologie Q, ses caractéristiques.....	47
La définition des variables .....	49
Les services de soutien à domicile .....	49

La satisfaction.....	49
Indicateur.....	50
Le milieu .....	50
Le déroulement de l'étude .....	50
Identification d'un bassin d'indicateurs de satisfaction (échantillon Q).....	50
Vérification de la représentativité des indicateurs de satisfaction .....	51
Validation de l'importance relative des indicateurs de satisfaction .....	54
L'échantillon des participants.....	56
Démarches préliminaires.....	57
Description des participants .....	59
Les considérations éthiques.....	60
<b>Chapitre quatrième – La présentation des résultats .....</b>	<b>61</b>
Résultats des analyses .....	62
Examen de concordances pour l'ensemble des indicateurs .....	63
Ordre de préférences par indicateur .....	66
Conclusion sommaire.....	70
Analyses en composantes principales pour la méthodologie Q.....	70
Avec les données regroupées en dimensions et parangons .....	71
L'ACP-Q complète .....	73
Identification des facteurs .....	77
Les oppositions af et pa sur les cinq facteurs .....	81
Conclusion sommaire des ACP-Q.....	82
<b>Chapitre cinquième – Discussion.....</b>	<b>83</b>
Discussion sur la méthode.....	84
Sélection des participants .....	85
La collecte de données .....	86
L'analyse de données .....	86
L'interprétation des résultats .....	87
Convergence des préférences .....	87
Divergence des préférences.....	90
Divergences peu significatives des préférences .....	93
Signification accordée aux facteurs .....	94
Facteur 1: la sécurité.....	94
Facteur 2: l'offre .....	95
Facteur 3: l'interaction.....	97
Facteur 4: l'aspect technique.....	97
Facteur 5: l'optimisation .....	98
Les limites de la recherche.....	99

Recommandations pour la recherche en sciences infirmières, la pratique et la gestion .....	100
Recommandations pour la recherche en sciences infirmières.....	100
Recommandations pour la gestion en soins infirmiers.....	101
Recommandations pour la pratique en soins infirmiers .....	102
<b>Conclusion</b> .....	103
<b>Références</b> .....	105
<b>Appendice A</b> – Liste des indicateurs de satisfaction soumis aux expertes et ceux retenus	
<b>Appendice B</b> – Liste des sources correspondant aux indicateurs de satisfaction soumis aux expertes	
<b>Appendice C</b> – Instructions aux expertes	
<b>Appendice D</b> – Valeurs accordées par les expertes aux indicateurs de satisfaction soumis	
<b>Appendice E</b> – Les indicateurs de satisfaction de la série Q	
<b>Appendice F</b> – Les indicateurs de la série Q inscrits sur cartes	
<b>Appendice G</b> – Instructions aux participants pour l'exécution de la classification Q	
<b>Appendice H</b> – Formule d'information aux intervenants	
<b>Appendice I</b> – Formule d'information aux participants	
<b>Appendice J</b> – Formulaire de consentement	
<b>Appendice K</b> – Grille pour reproduction de configuration des classements Q	
<b>Appendice L</b> – Copie du certificat d'éthique	
<b>Appendice M</b> - Tableau V Résultats des classifications effectuées par les personnes âgées – aidants familiaux	

- Appendice N** - Tableau VI  
Statistiques descriptives et Test-T des 3 regroupements
- Appendice O** - Tableau VII  
Les  $\tau$  de Kendall pour les 100 (10 x 10) paires pa-af
- Appendice P** - Tableau VIII  
Résultats du test de Wilcoxon-Mann-Whitney sur l'égalité des moyennes d'un groupe à l'autre
- Appendice Q** - Tableau IX  
Test-T sur l'égalité des moyennes, indicateurs par indicateurs, regroupés par dimensions
- Appendice R** - Tableau X  
Tests-T sur les différences de préférences de groupe à groupe (pa-af) pour les 36 indicateurs regroupés en 12 dimensions

## Liste des tableaux

<b>Tableau I</b>		
Définition des secteurs et dimensions du concept service .....		14
<b>Tableau II</b>		
Échelle de catégories.....		54
<b>Tableau III</b>		
Répartition des indicateurs par catégorie .....		55
<b>Tableau IV</b>		
Critères de sélection des participants .....		57
<b>Tableau XI</b>		
Classification des dimensions par rangs croissants pour les aidants familiaux et dans le désordre pour les personnes âgées .....		69
<b>Tableau XII</b>		
L'analyse en composantes principales globale construite sur les 36 indicateurs et les 20 sujets		
(a) Coordonnées, contributions et cosinus carrés des individus (facteurs 1 à 5) .....		75
(b) En variables illustratives, les deux parangons PPA et PAF .....		76
<b>Tableau XIII</b>		
Coordonnées, contributions et cosinus carrés des individus actifs (facteurs 1 à 5).....		78



## Liste des figures

<b>Figure 1</b>	Comparaison des moyennes des regroupements.....	64
<b>Figure 2</b>	Droites de Henry pour les 3 regroupements de paires .....	65
<b>Figure 3</b>	Cartes factorielles.....	72

## Remerciements

Je désire exprimer tout mon respect et toute ma gratitude à M. Raymond Grenier Ph.D., directeur de ce projet de mémoire pour son engagement, sa rigueur scientifique, son énergie, sa disponibilité et son appui tout au long de mon cheminement.

Je tiens à remercier M. Marc Bourdeau Ph.D. (mathématiques), statisticien à l'École de Polytechnique de l'Université de Montréal pour sa contribution inestimable à l'analyse des résultats de la recherche.

Je dois souligner que la concrétisation de cette étude a été possible grâce aux expertes, à la coordonnatrice des services de soutien à domicile du CLSC et notamment au chef de programme ainsi qu'aux infirmières de ce secteur qui ont si vaillamment contribué à sa réalisation.

Ma reconnaissance s'adresse particulièrement aux personnes âgées et à leurs aidants familiaux qui ont généreusement accepté de me recevoir à leur domicile, de m'accorder leur confiance et leur temps. C'est pourquoi je tiens à les remercier chaleureusement.

Je remercie aussi Louise Beauvais et Nicole Trudeau infirmières-cliniciennes pour les échanges stimulants sur les résultats de recherche ainsi que Carole Desrochers pour la qualité impeccable de son aide technique.

Enfin, je remercie ma famille pour leur encouragement et leur soutien inconditionnel.

*INTRODUCTION*

La réforme des services de santé renforce la participation des citoyens et le développement des services de santé adaptés à leurs besoins (Côté, 1990). Sous le paradigme du partenariat, le consommateur est perçu comme possédant des valeurs et des expériences pouvant influencer la planification, l'implantation et l'évaluation des services (Larrabee, 1995). Par ailleurs, les infirmières occupent un rôle pivot dans la coordination des services de santé primaires, entre autres dans le contexte du domicile. À ce titre, elles ont la responsabilité de s'assurer de la qualité des activités et de la satisfaction des clients des services de soutien à domicile.

Même si la revue des écrits reflète un intérêt grandissant pour la compréhension et l'intégration du point de vue de l'utilisateur, il apparaît toutefois que dans cette perspective, la mesure et l'évaluation de la qualité des services de soutien à domicile sous l'angle de la satisfaction sont peu développés. Comme les services de soutien à domicile s'adressent notamment aux personnes âgées et aux aidants familiaux (Anctil, 2000; Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS], 1994) et afin de rendre leurs opinions crédibles, il semble pertinent de comprendre l'importance que chacun des membres de la dyade personne âgée – aidant familial accorde aux caractéristiques des services dont il bénéficie. À partir de l'identification d'un bassin d'indicateurs suivie de la vérification de leur représentativité par des expertes, des personnes âgées et leurs aidants familiaux se sont prononcés individuellement sur l'importance qu'ils y accordent. La détermination d'indicateurs ainsi validés permettra le développement d'outils de mesure de la satisfaction selon la perspective des utilisateurs de services.

La présente recherche exploratoire s'est donc donnée comme but d'identifier et de décrire l'importance relative accordée à des indicateurs de satisfaction avec les services de soutien à domicile par des personnes âgées et des aidants familiaux, utilisateurs de services. Le premier chapitre décrit et campe le problème de recherche; il présente le but de l'étude ainsi que les questions de recherche. Le deuxième chapitre brosse une revue

des écrits les plus pertinents regroupés par thèmes; le concept de service retenu comme cadre de référence y figure aussi. Le troisième chapitre aborde la méthode de recherche privilégiant la méthodologie Q. Les résultats de recherche sont présentés au chapitre quatre. Enfin, le chapitre cinq comporte une discussion des résultats ainsi que des recommandations pour orienter la poursuite de cette étude.

***CHAPITRE PREMIER -LE PROBLÈME***

La réforme des services de santé s'est accompagnée d'une nouvelle orientation où le citoyen est désormais au centre de toutes les activités en faveur de la santé et du bien-être. Elle renforce la participation des citoyens et le développement des services de santé adaptés à leurs besoins (Côté, 1990) et ce, en accord avec la philosophie de soins de santé primaire (Stewart, 2000).

Sous un paradigme de partenariat, le consommateur est perçu comme un bénéficiaire habilité et collaborateur, ainsi qu'une ressource inexploitée dans l'effort requis pour améliorer l'efficacité du système de santé. Possédant des valeurs et des expériences pouvant influencer la planification, l'implantation et l'évaluation des services, le consommateur peut participer à la définition de leur qualité et à l'identification de leurs caractéristiques (Larrabee, 1995).

Par ailleurs, les infirmières ont l'opportunité de faire preuve de leadership quant à l'intégration des principes de soins de santé primaire aux services à domicile en pleine évolution (Stewart, 2000). Les infirmières œuvrant dans la communauté et en particulier à domicile ne doivent pas uniquement agir en tant que personnes ressources pour les clients mais elles doivent recueillir et analyser les données concernant la qualité des services offerts. La recherche dans le domaine de la mesure et l'évaluation de la qualité des services a non seulement une pertinence importante pour la pratique infirmière, mais elle permet la démonstration de l'efficacité et de la nécessité des services (Barkauskas, 1990; Barriball & Mackenzie, 1993). Dans un service de soutien à domicile, l'infirmière occupe un rôle pivot dans la coordination des services offerts. À ce titre, elle a la responsabilité professionnelle de s'assurer de la qualité des activités cliniques et non cliniques de même que la satisfaction des clients des services de soutien à domicile (Stewart, 2000).

Le domicile représente un contexte de la prestation de services dont les caractéristiques sont uniques. Loin d'être un environnement contrôlé, le domicile est

façonné selon le style de vie des membres de la famille, par leur statut socio-économique, par leur culture et leurs ressources de soutien social. C'est là aussi qu'on retrouve les populations les plus vulnérables (Stewart, 2000). Les données sur l'utilisation des services de soutien à domicile indiquent qu'il existe de fortes variations selon l'âge. Ainsi, les personnes âgées de 65 ans et plus utilisent 6,5 fois plus les services de soutien à domicile que l'ensemble de la population et ce sont particulièrement les femmes de ce groupe qui ont davantage recours à ces services (Statistiques Canada, 1995). De plus, avec l'accroissement de la proportion des personnes âgées, on prévoit qu'en 2031, les aînés représenteront 27% de la population du Québec avec des taux d'incapacité progressant selon l'âge (Norland, 1994). En effet, on estime que 46% des personnes âgées ont une incapacité, même légère: le pourcentage varie de 37% pour les aînés de 65 à 75 ans, à 84% pour les aînés de 85 ans et plus (Statistiques Canada, 1999). Comme les personnes âgées sont des clients qui utilisent fréquemment les services de santé, elles peuvent être considérées comme des informateurs-clés en raison de leur vaste expérience avec ces services et leurs opinions devraient guider le processus de développement d'instruments de mesure de la qualité des services (Sixma, Kerssens, van Campen & Peters, 1998).

Par ailleurs, les personnes âgées ont recours avant tout aux services de leur réseau informel, c'est-à-dire de leur famille (Rosenthal, 1997) qui reste la plus grande ressource de prise en charge des aînés dépendants quelles que soient les structures familiales, sociales ou sociopolitiques d'un pays (Burros, 1995). Cette prise en charge familiale se traduit plus particulièrement par le soutien accordé à l'aîné par un membre désigné qui, de plus, n'est pas rémunéré pour les tâches accomplies: c'est l'aidant familial principal (Burros, 1995; Ducharme, 1997). En effet, le réseau informel composé majoritairement des proches, dispense les trois quarts de l'aide requise, à tel point qu'une personne qui ne peut compter sur l'aide de son milieu voit son soutien à domicile compromis (Ministère de la santé et des services sociaux, 1994; Toutant, 1998). En 1998-1999, un million de Canadiens ont fourni de l'aide à une ou plusieurs personnes âgées, la plupart des membres de la famille, ayant un problème de santé ou une incapacité à long terme (Institut Canadien d'Information sur la santé, 2000). Cependant, 45% des aidants familiaux



reconnaissent que la dispensation de cette aide a un impact sur leurs activités sociales, alors que 21% reconnaissent que la dispensation de l'aide a une influence sur leur état de santé. La moitié des aidants croient que l'aide dispensée a des impacts sur leur emploi (Statistiques Canada, 1999). Enfin, les femmes composent la majorité de la population des personnes fournissant l'aide (Burros, 1995; Ducharme, 1997), c'est-à-dire 61%, malgré le fait qu'elles ne représentent que 49% de l'ensemble de la population au Canada (Keating, Fast, Frederick, Cranswich & Perrier, 1999). La nature et l'ampleur de l'engagement des aidants familiaux font en sorte qu'ils sont considérés de plus en plus à la fois comme accompagnateur de la personne âgée et comme client du système. Dans leur rôle d'accompagnateur de l'aîné, les aidants doivent être informés, consultés et appuyés; comme client du système, les services permettront de répondre à leurs besoins spécifiques résultant de cet engagement (Anctil, 2000).

L'âge avancé, les incapacités fonctionnelles sévères et à long terme ainsi que le soutien aux aidants familiaux semblent être les déterminants qui influencent le recours au réseau formel des services de soutien à domicile des Centres locaux de services communautaires au Québec (CLSC) (Vézina, Vézina & Tard, 1993). Ces organismes sont responsables de la dispensation d'un éventail de services de première ligne à domicile selon les besoins de la population desservie. Ces services de soutien à domicile ont considérablement gagné en importance au cours des dernières années compte tenu du virage ambulatoire, du remplacement de l'institutionnalisation et de l'hospitalisation par des services de moindre coût à domicile (Anctil, 2000; MSSS, 1994).

Toutefois, il semble que les aidants familiaux aient des insatisfactions quant à la qualité de ces services formels de soutien soulignant leur inadéquation à s'accommoder à leurs besoins (Dubé et al., 1996). Les familles souhaitent plus de choix et de contrôle sur les services formels dispensés dans le contexte du domicile; il s'ensuit que leur implication est nécessaire dans les étapes de la planification, de l'implantation et de l'évaluation de ces services (Reif & Martin, 1996). Cette implication est à privilégier notamment dans le domaine de la mesure de la qualité des services formels à domicile puisqu'il existe une pénurie d'études qui tiennent compte de la perspective de l'aidant

familial ayant en charge une personne âgée avec des problèmes de santé physique (O'Neill & Sorenson, 1991). Afin de rendre crédibles les opinions émises par les consommateurs / utilisateurs de services, en l'occurrence les personnes âgées et de leurs aidants familiaux, il importe de comprendre l'importance qu'ils accordent aux caractéristiques des services dont ils bénéficient (Reif et al., 1996).

Dans les programmes d'amélioration continue de la qualité, il y a un intérêt de plus en plus marqué pour la considération de la satisfaction du consommateur, indiquant en cela un transfert de l'emphase sur la performance opérationnelle vers l'opinion consumériste relative à cette performance (Timpson 1996). L'implantation de programmes d'amélioration continue de la qualité des services dans le contexte du domicile présentent toutefois certains défis. La mesure de la qualité des services au domicile est moins objective qu'en centre hospitalier et les déterminants sont non seulement difficiles à identifier et à quantifier, mais aussi, ne se prêtent pas facilement à l'inspection et à la surveillance (Daniels, 1986; Kane, 1995). En effet, l'observation d'interactions entre client et prestataire ou l'entrevue des clients sont difficilement applicables à ce contexte puisque les chercheurs ne sont pas toujours bienvenus au domicile des clients et qu'il est souvent laborieux de recueillir l'information par téléphone (Shaughnessy, Bauman & Kramer, 1990). De plus, selon O'Neill et al. (1991), 95% des activités de soins et les prises de décisions ont lieu en l'absence directe du professionnel de la santé. Aussi, la perspective des personnes âgées peut différer de celles des aidants familiaux (Jones & Lester, 1994; Macedo, 1996; Kristjanson, 1986). Comme les services de soutien à domicile s'adressent à ces deux groupes d'utilisateurs (Anctil, 2000; MSSS, 1994), il devient nécessaire d'évaluer l'importance relative accordée à ces services par chacun des membres de la dyade personne âgée – aidant familial. Il n'est donc pas surprenant de constater que l'évaluation de la satisfaction des clients, en l'occurrence de la personne âgée et de l'aidant familial principal, est une mesure qui prend beaucoup d'importance dans le contexte du domicile et que le développement d'un système efficace de mesure et d'évaluation de la qualité doit tenir compte des besoins exprimés par les consommateurs et de leur définition de la qualité (Rantz, 1995; Oerman,

1999). De l'avis de certains auteurs, la satisfaction du consommateur est l'ultime épreuve de la qualité du processus et du service (McLaughlin & Kaluzny, 1994).

La satisfaction est un concept multidimensionnel (Pascoe, 1983) considéré comme le résultat de la qualité des services selon la perspective du client (Bond & Thomas, 1992) et incluant des éléments de subjectivité, d'attentes et de perceptions (Grenier, 1998; Mahon, 1996). La satisfaction est associée à l'état de santé (Donabedian, 1988a), de même qu'aux croyances et attitudes culturelles envers la santé et la maladie (Ellmer & Olbrisch, 1984). La satisfaction a un impact sur les comportements de santé en favorisant le recours aux services, l'adhésion au plan thérapeutique et l'expression des attentes (Ware & Davies, 1984). De plus, la satisfaction du consommateur offre une perspective contribuant à une évaluation de la structure, du processus et du résultat des services (Pascoe, 1983). Elle est par conséquent un élément principal et décisif dans l'amélioration continue de la qualité (McLaughlin et al., 1994). Toutefois, selon Côté (1996), la recherche sur la satisfaction des personnes âgées et des familles présente des défis puisque certains facteurs, comme la vulnérabilité et la peur de représailles les incitent à la prudence dans leurs réponses.

Dans cette perspective, la mesure et l'évaluation de la qualité des services de soutien à domicile sous l'angle de la satisfaction sont peu développées et ce, pour des raisons qui laissent entrevoir la complexité profonde de ces activités. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'outil de mesure de la satisfaction validé par la personne âgée et l'aidant familial principal dans le contexte du domicile. L'absence de tels outils de mesure de la satisfaction à partir d'indicateurs validés par des personnes âgées et des aidants familiaux rend difficile l'évaluation systématique de la qualité des services à domicile. Dès lors, il devient laborieux d'élaborer et d'implanter des stratégies visant à maintenir la qualité existante et à améliorer ce qui devrait l'être.

### **But de l'étude**

Le but poursuivi par la présente étude exploratoire est l'identification et la description de l'importance relative accordée à des indicateurs de satisfaction avec les

services de soutien à domicile du CLSC selon la perspective des personnes âgées et des aidants familiaux principaux, utilisateurs de services.

### **Question de recherche**

Existe-t-il une différence entre l'importance relative accordée à chacun des indicateurs de satisfaction selon les personnes âgées et les aidants familiaux?

Quelle est la convergence entre l'importance relative accordée à chacun des indicateurs de satisfaction entre les personnes âgées et les aidants familiaux?

Quelle est la divergence entre l'importance relative accordée à chacun des indicateurs de satisfaction entre les personnes âgées et les aidants familiaux?

*CHAPITRE DEUXIÈME -LA RECENSION DES ÉCRITS*

Dans ce deuxième chapitre, nous présentons le concept de service comme cadre de référence privilégié dans la présente étude. Puis, nous résumons les connaissances qui ont trait aux concepts suivants: la qualité, l'amélioration continue de la qualité, la satisfaction et les services de soutien à domicile.

### **Cadre de référence, le concept de service**

En 1994, la Régie Régionale des Santé et Services Sociaux (RRSSS) de Montréal-Centre adoptait une démarche visant l'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des clients du réseau de la santé et des services sociaux sur le territoire de la Communauté urbaine de Montréal. Cette démarche tient compte des orientations ministérielles de la santé et des services sociaux qui priorisent l'assurance de la prestation de services de qualité, la qualité étant ici définie comme la conformité aux besoins réels et aux attentes du client. L'amélioration de la qualité des services exige que la satisfaction de la clientèle soit un objectif évaluable dans la performance des établissements et des dispensateurs de services. Le fait de se préoccuper de la satisfaction de la clientèle peut procurer des résultats tangibles sur la perception des clients en regard de la qualité des services reçus (MSSS, 1998).

Cette démarche, effectuée en collaboration avec le Groupe Secor (1994), propose d'abord un concept de service s'intégrant dans un processus global de performance qui comporte deux autres volets, soit la productivité des ressources axée sur l'efficacité et l'impact, c'est-à-dire les résultats de santé et de bien-être dans la communauté. La stratégie visant à doter un organisme d'un concept de service s'effectue en identifiant les attentes de la clientèle et en tenant compte de la mission de l'établissement. Adopter le concept de service consiste donc à sélectionner des dimensions, parmi toutes celles possibles méritant une attention particulière, puis à s'engager auprès des clients à atteindre des standards de qualité sur ces dimensions tant

au niveau de la conception que dans la livraison des services (McNeil, 1999). Ces dimensions du service seront privilégiées dans toutes les actions et relations auprès du client. Le changement se planifiera et s'effectuera au moyen de ces dimensions.

Les dimensions du concept de service ont été précisées à partir des attentes de la population relatives aux services de santé et services sociaux et par l'établissement de leur degré d'importance relative. L'identification des attentes s'est réalisée par l'utilisation de groupes de discussion des principaux publics cibles du réseau ainsi que par un sondage téléphonique effectué auprès d'un échantillon représentatif de 4000 personnes du territoire de la Communauté urbaine de Montréal. La participation des clients a permis de dégager 180 énoncés décrivant leurs attentes dont 39, particulièrement significatifs et *a priori* importants, sont retenus. Chacune des attentes a été reliée à l'une des 12 dimensions qui, à leur tour, ont été regroupées en trois secteurs afin de mieux saisir leur contribution et leur complémentarité. Le degré d'importance d'une dimension pour la clientèle influence son inclusion dans le concept de service. Toutefois, la Régie régionale, le Ministère de la santé et des services sociaux ainsi que les dispensateurs de services peuvent prioriser certaines dimensions compte tenu des objectifs, des ressources restreintes et de l'atteinte du but défini par la loi: "le maintien et l'amélioration de la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie" (L.R.Q., c5-4.2, art. 1).

Le regroupement des dimensions s'est effectué par une réflexion axée sur la logique et appuyé par des analyses multivariées. Le premier secteur concerne la relation avec le client, c'est-à-dire l'humanisation et la personnalisation du service. Les trois dimensions qui le composent sont fortement dépendantes du comportement des prestataires de service; on y retrouve la dignité, l'intimité et l'empathie. Le deuxième secteur concerne la prestation de services professionnels, c'est-à-dire la façon de livrer l'expertise recherchée. Les quatre dimensions qui le composent comportent des éléments de compétence et rigueur, en plus de faire appel à la participation du client et de son entourage; on y retrouve la fiabilité, la responsabilisation, l'apaisement et la

solidarisation. Le troisième secteur concerne l'organisation du service, c'est-à-dire l'environnement dans lequel s'effectue la prestation de service. Il comporte les cinq dimensions suivantes: la facilité, la continuité, l'accessibilité, la rapidité et le confort. Ainsi, les 12 dimensions reflètent une réalité, celle du concept de service en matière de santé. Le tableau I (p. 14) présente la définition des secteurs et des dimensions du concept de service.

Tableau I  
Définition des secteurs et dimensions du concept service<sup>1</sup>

SECTEUR RELATIONNEL	
Ce secteur touchant la relation avec la personne âgée/aidant familial réfère à l'humanisation des soins.	
DIMENSION	SIGNIFICATION
Dignité	« c'est le respect et la considération que mérite une personne. Elle implique une acceptation de la différence» (p. 45)
Intimité	« assure à l'individu une relation personnalisée, confidentielle et sécuritaire. Elle requiert un environnement physique confortable et des comportements empreints d'attention et de discrétion » (p. 47)
Empathie	« c'est exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. Elle implique une écoute attentive » (p. 49)

<sup>1</sup> Groupe Secor (1994). Les dimensions du service en matière de santé et de services sociaux.



Tableau I  
Définition des secteurs et dimensions du concept service (suite)

SECTEUR PROFESSIONNEL	
Ce secteur, qui touche la prestation du service sous l'angle professionnel, fait référence à un métier, une expertise, une façon bien précise de répondre aux besoins de la personne âgée/de l'aidant familial.	
DIMENSION	SIGNIFICATION
Fiabilité	« c'est l'assurance d'un fonctionnement sans problème à l'intérieur de limites connues ou raisonnables (temps, environnement) tel que promis de façon implicite. Elle implique compétence, cohérence, rigueur et transparence ». (p. 51)
Responsabilisation	« tout ce qui peut concourir à l'accroissement de l'autonomie de quelqu'un et de sa capacité à prendre des initiatives, à assumer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne » (p. 53)
Apaisement	« c'est la capacité à calmer, rassurer une personne, lui apporter la sécurité » (p. 55)
Solidarisation	« tout ce qui peut favoriser le recours à l'entourage du client, sa famille, la communauté afin de l'impliquer, de près ou de loin, dans la résolution d'un problème » (p. 57)

Tableau I  
Définition des secteurs et dimensions du concept service (suite)

SECTEUR ORGANISATIONNEL	
<p>Ce secteur, qui touche l'organisation du service, réfère à l'environnement, au contact, à la relation qui s'établit entre une personne âgée et une intervenante. Le contexte peut être plus ou moins accessible et les systèmes, politiques et procédures peuvent assurer ou non la rapidité, la continuité et la facilité du service.</p>	
DIMENSION	SIGNIFICATION
Facilité	«c'est la simplicité d'utilisation et de compréhension des services et la souplesse des systèmes face aux circonstances. La simplicité concerne autant les personnes (dont le comportement sera naturel, spontané, sans prétentions) que les choses qui doivent être faciles à comprendre et à utiliser » ( p. 59)
Continuité	« c'est l'assurance d'un traitement complet dépourvu de rupture dans la prise en charge, les responsabilités ou l'information» (p. 61)
Accessibilité	« c'est la possibilité d'accès sur le plan de la géographie, des installations physiques, des horaires et de la culture » (p. 63)
Rapidité	« temps de réaction à une demande plus ou moins long, selon les attentes et les besoins du client » (p. 65)
Confort	« c'est le sentiment de bien-être résultant d'un état des lieux sain, propre et ordonné et d'équipements parfaitement adaptés aux différentes situations » (p. 67)

De façon générale, les dimensions du secteur relationnel sont les plus importantes selon les clients, tandis que les dimensions du secteur professionnel et celles du secteur organisationnel suivent dans l'ordre (Groupe Secor, 1994).

Le concept de service ainsi défini s'inscrit dans un processus d'amélioration continue de la qualité des services. Ce processus est guidé par la mesure puisqu'on ne peut améliorer ce qu'on ne mesure pas. De plus, mesurer permet d'établir des priorités d'amélioration et de promotion et non des sanctions et des contrôles. Dans cette perspective, la notion de satisfaction devient un élément indispensable dans l'amélioration continue de la qualité des services de santé et des services sociaux (Groupe Secor, 1994).

Le concept de service est le cadre privilégié dans la présente étude, d'abord parce que la clientèle a été mise à contribution dans son élaboration, mettant ainsi l'accent sur la valeur du client comme source d'information. De plus, la définition des secteurs et dimensions offrent une structure pertinente au thème à l'étude.

### **La qualité**

La qualité est le but visé par la précision du concept de service. Or actuellement, il n'y a pas de définition sans équivoque du concept qualité. On note même l'absence d'une antithèse à ce terme (Attree, 1993). On soutient cette affirmation en offrant un aperçu des différentes significations données à ce concept. La qualité est l'écart entre ce qui est désirable et la réalité (Van Maanen, 1984); la réponse en conformité aux attentes du client (Coyne, 1990); un construit reflétant les valeurs et les buts du système de santé actuel et de la société (Taylor, Hudson & Keeling, 1991) qui l'identifie à l'excellence (Taylor & Hausmann, 1988); un ensemble des caractéristiques que l'on attend d'un produit, d'un soin ou d'un service pour satisfaire un besoin défini (Grenier, 1993); un construit social formé par nos valeurs et nos attentes des services de santé (Cooke, 1994); un ensemble de caractéristiques, en l'occurrence des indicateurs que l'on attend d'un service pour satisfaire un besoin défini (Heuse, 1983). La qualité définie par Haddad, Roberge et Pineault (1997) comporte un ensemble d'éléments:

" La qualité est un concept multiforme et multidimensionnel. Il s'agit d'une notion dynamique qui évolue dans ses significations comme dans

ses traductions et qui accompagne les changements survenant dans les techniques, les savoirs médicaux et l'environnement politique, social, économique et organisationnel. La qualité est donc contingente et sa mesure ne peut se produire que tenant compte de son caractère contextuel. Enfin, la qualité apparaît, dans ses significations comme dans ses approches, indissociable des intentions et des rôles des différents acteurs du système de santé. La qualité d'un service de santé pourrait ainsi être autant, sinon plus, l'expression de ces constructions individuelles et collectives que des propriétés intrinsèques de ce service. La qualité évolue donc dans le temps et dans l'espace." (p. 59-78).

Donabedian (1980) affirme que la définition de la qualité s'effectue en fonction de la perspective de qui la juge. Lorsqu'on tient compte des souhaits, attentes, valeurs et état financier du client, on parle d'une définition individualisée de la qualité. Elle réfère à la perspective du client informé qui place une valeur sur les coûts et bénéfices et juge le bénéfice à réaliser en fonction du coût à payer (Rhee, Donabedian & Burney, 1987). La décision repose donc sur le client (Donabedian, 1996a).

La définition absolutiste de la qualité réfère à la décision prise par le professionnel de la santé qui refuse de sacrifier une amélioration possible de la santé de l'individu pour des raisons monétaires (Rhee et al., 1987). Généralement prônée par la profession médicale, cette définition est moralement neutre en regard des coûts et des facteurs socio-économiques. En pratique toutefois, elle se rapproche de la définition individualisée (Donabedian, 1980). La définition sociale de la qualité comprend les éléments de la définition individualisée. Elle reflète les valeurs placées par la société sur les coûts et bénéfices pour l'ensemble des personnes et accorde une importance à la distribution de la qualité des services à la population (Donabedian, 1980).

Le degré de qualité se détermine au moyen de l'évaluation (Donabedian, 1995) qui est un jugement basé sur la mesure (Schmald, 1979). L'approche la plus populaire dans l'évaluation de la qualité est le modèle structure-processus-résultat de Donabedian (Schmald, 1979).

#### *Évaluation de la qualité*

La structure, le processus et le résultat ne sont pas des attributs de la qualité mais des types d'information à partir desquels on peut effectuer des inférences sur la qualité

des services de santé (Donabedian, 1992a). La structure inclut les ressources matérielles, les équipements et les budgets, les ressources humaines, par exemple le nombre et les qualifications du personnel et la structure organisationnelle, les caractéristiques de gestion. Le processus indique ce qui est actuellement effectué lorsqu'on donne et qu'on reçoit des services de santé. Ceci inclut : les activités du client concernant le recours aux services et le fait d'y donner suite ainsi que les activités du professionnel qui recommande un plan thérapeutique (Donabedian, 1996a). Le résultat est l'état de l'individu et de la population attribué ou attribuable à des services de santé (Donabedian, 1992b). Il inclut l'amélioration dans l'état de santé, dans le niveau de connaissances ainsi que les changements salutaires dans le comportement (Donabedian, 1992b, 1996a).

La caractéristique essentielle et fondamentale du paradigme structure-processus-résultat est la relation de causalité entre les éléments (Donabedian, 1992a). En effet, cette approche tripartite est possible en ce sens qu'une bonne structure augmente la probabilité d'un bon processus, lequel augmente la probabilité d'un bon résultat (Donabedian, 1996b). Il est à noter qu'il est parfois difficile de clairement distinguer les frontières entre les trois éléments du paradigme (Donabedian, 1992a). Néanmoins, l'évaluation de la qualité n'a pas pour activité de vérifier l'existence de cette relation (Donabedian, 1996a). La relation causale offre plutôt un cadre de référence à l'évaluation puisqu'elle est présumée exister avant l'évaluation de la qualité, elle est probable plutôt que certaine et la force de la probabilité causale détermine la validité et l'utilité de l'information comme indicateur de la qualité (Donabedian, 1992a).

La qualité est une mesure de la performance des établissements de santé. Cette mesure se traduit, selon l'approche résultat, par la satisfaction des clients avec la prestation des services. La performance opérationnalise aussi le processus; en référant à des activités cliniques et non cliniques, la performance des professionnels inclut la compétence relationnelle et la compétence technique. La compétence relationnelle réfère à l'interaction sociale et psychologique entre le client et le professionnel et se mesure au moyen d'indicateurs tels que le respect de l'intimité et l'empathie. La compétence technique réfère à l'application de la science et de la technologie à la prise

en charge d'un problème de santé en tenant compte des risques associés; elle se mesure par les connaissances, le jugement clinique et la dextérité (Grenier, 2001 a).

### **L'amélioration continue de la qualité**

Ce thème sera développé tout d'abord en présentant sa signification puis en ciblant le consommateur comme centre d'intérêt de ce processus.

Le cadre de référence privilégié dans la présente étude, le concept de service (Groupe Secor, 1994; McNeil, 1999), souligne que la prestation des services s'inscrit dans un processus d'amélioration continue de la qualité, processus constituant une approche stratégique pour affronter les défis de la réforme du système de santé (Chan & Ho, 1997). L'amélioration continue de la qualité c'est: «garantir un degré spécifique d'excellence obtenue suite à la mise en place d'un ensemble continu d'activités de mesure et d'évaluation de composantes de la structure, du processus et des résultats en ayant recours à des normes et indicateurs préétablis suivis d'activités de maintien de l'excellence et d'autres, correctives, dans une perspective d'amélioration» (Grenier, 2001b). Le but de l'amélioration continue de la qualité est la description, la mesure et l'amélioration continue des processus-clés afin de mieux répondre aux besoins des consommateurs tout en maîtrisant les coûts (Chan et al., 1997). C'est une philosophie de gestion ainsi qu'une méthode de gestion englobant des éléments structuraux. Les considérations philosophiques comprennent le client comme centre d'intérêt, l'accent sur le système en entier qui fournit un service ou influence un résultat, la croyance rigoureuse dans la décision basée sur des données fiables, l'implication des exécutants, l'importance de la causalité multiple à l'intérieur du système, l'identification des solutions, l'optimisation du processus et l'apprentissage organisationnel. Les éléments structuraux comprennent les équipes de travail, de la gestion et de la haute direction, l'analyse statistique, les mesures de satisfaction de la clientèle, le balisage et la réingénierie (McLaughlin et al., 1994). La mesure de la qualité s'effectue selon un processus objectif de vérification des dimensions, capacité ou quantité, suivi de l'évaluation de la qualité qui n'est pas une fin en soi mais une façon d'assurer un changement approprié dans le but

d'améliorer. Ce processus doit être continu puisque le système de santé à tous les niveaux est en perpétuel changement. Pour Timpson (1996), l'amélioration continue de la qualité comprend un niveau d'abstraction déterminé par des dimensions contextuelles, temporelles, éthiques et personnelles et, par conséquent, elles résistent à toute application universelle en regard d'une définition. Pour Donabedian (1988, 1995), la qualité peut être protégée, améliorée mais pas assurée. Pour cet auteur, il est d'une importance capitale de comprendre en détail les activités comprises dans les services de santé ainsi que les caractéristiques du milieu où elles sont dispensées.

Il est possible que l'appréciation directe des principes d'amélioration continue de la qualité soit moins appropriée au système de santé à cause de certains obstacles dont le manque de contrôle par les gestionnaires sur plusieurs aspects du travail des professionnels, ainsi que les contraintes politiques et comportementales incessantes sur le processus de prise de décision (Bigelow & Arndt, 1995). Les services professionnels impliquent des intrants non-standardisés et variables, des opérations non-répétitives, des pics de demandes imprévisibles et un pouvoir discrétionnaire du travailleur (McLaughlin et al., 1994). Par contre, puisque les principes de l'amélioration continue de la qualité sont généraux, le processus peut s'implanter dans n'importe lequel des types d'établissement ou d'organisme de santé, peu importe leur taille, incluant les organisations de services du soutien à domicile (Chan et al., 1997; Williams, 1995). Aussi, les économistes de la santé mettent l'accent sur le fait que les soins de santé sont une industrie de services et les consommateurs des services de santé ont rapidement adopté ce point de vue (Vuori, 1987). L'amélioration continue de la qualité, la qualité totale et la qualité de service sont devenus des termes interchangeables (Leebov & Scott, 1994).

Toutefois, le système de santé est une activité humaniste (Leebov et al., 1994) et l'excellence du service (Schmald, 1979) est un reflet de sa compassion (Leebov et al., 1994) se traduisant par l'imputabilité du processus d'amélioration continue de la qualité envers le consommateur (Schmald, 1979). Préserver l'excellence des services de santé se justifie par l'éthique, la sécurité et la rentabilité (Vuori, 1984). La justification éthique

provient du fait que, selon l'Organisation mondiale de la santé (1993), chacun a droit à la meilleure santé possible et puisque la consommation des prestations de santé a une valeur sociale, il y a obligation éthique (Vuori, 1984). Les principes éthiques qui s'appliquent à l'amélioration continue de la qualité des services de santé incluent la bienfaisance, c'est-à-dire la responsabilité d'agir de manière bénéfique envers le client et la non-malveillance qui implique un agissement de manière à ne pas causer de tort au client. À ceux-ci, s'ajoute l'autonomie permettant à chaque personne de sélectionner et d'exécuter librement ses propres choix sans avoir à subir de coercition. La justice permet le traitement équitable des clients sans discrimination ainsi que la distribution équitable des services aux membres de la société. Le dernier principe d'éthique est la fidélité, c'est-à-dire l'engagement à placer le client avant toute autre considération (Povar, 1991). Les prestations de santé engageant parfois la vie du patient expliquent la préoccupation de garantir un certain niveau de qualité. De plus, comme la santé absorbe des pourcentages de plus en plus importants des budgets nationaux, il est important d'associer la qualité à la rentabilité (Vuori, 1984).

#### *Le consommateur*

Dans le système de santé, la culture de l'amélioration continue de la qualité porte une attention particulière à la qualité telle que définie par les besoins des utilisateurs de services, en l'occurrence les clients et leurs familles (Ancil, 2000; Donabedian, 1992b; McComas, Kosseim & MacIntosh, 1995; Michaud, 1993; Pollitt, 1988). Ces besoins sont la clé de la qualité et se modifient dans le temps suite aux changements en éducation, en technologie et en culture (McLaughlin et al., 1994). Ils doivent ultimement guider le développement et la prestation des services (Harrigan, 2000). Il est à noter que tous ne sont pas nécessairement d'accord pour qualifier de consommateur le client des services de santé. Selon Hart (1996), le patient peut avoir très peu de choix légitime dans la sélection de traitements et la supposition qu'il désire un tel choix est ouverte au questionnement. Néanmoins, les représentations de la qualité sont indissociables des consommateurs, des propriétés intrinsèques des services de santé ainsi que les contextes dans lesquels ils s'inscrivent (Roberge, Loiselle, Lebel, Ducharme & Pineault, 1998). La



participation des clients dans le processus de la qualité est renforcée par l'observation des liens étroits entre leurs perceptions des services et leur pratique d'utilisation (Cleary & McNeil, 1988; Pascoe, 1983). De plus, selon Ducharme (1997), l'utilisation des services de santé est également un indicateur de l'efficacité des interventions infirmières. Puisque les ressources dans le secteur de la santé sont étroitement reliées à leur fréquentation il importe de fidéliser, d'accroître la clientèle et de documenter le mieux possible leurs opinions (Haddad, Remondin, Roberge, Potvin & Pineault, 1999). Des études ont d'ailleurs été réalisées dans ce sens. Roberge et al. (1998) soulignent qu'il y a une volonté d'associer les utilisateurs dans l'évaluation de la qualité des services et que cette association favorise le développement d'instruments de mesure à l'égard de divers types de services. Leur étude exploratoire sur la qualité des soins en unité de courte durée gériatrique a été réalisée selon la perspective de clients gériatriques. L'étude de Price (1993) sur la qualité des soins infirmiers s'effectue selon la perspective de parents dont l'enfant est hospitalisé. L'étude de Jones et al. (1994) sollicite l'opinion des personnes âgées et des aidants familiaux principaux en regard de l'expression de leur satisfaction avec la planification du départ de l'hôpital. L'étude de Macedo (1996) vise à décrire les interventions infirmières considérées importantes par les personnes âgées, les membres de leur famille agissant comme aidants familiaux et les infirmières elles-mêmes dans le contexte de la planification du congé.

Par ailleurs, on observe certains obstacles à incorporer la perspective des utilisateurs dans l'amélioration continue de la qualité. Les contraintes de temps et de ressources peuvent tenter les prestataires à adopter des méthodologies inappropriées pour la collecte, la mesure et l'analyse des opinions des utilisateurs de services, surtout lorsqu'ils traitent avec des populations vulnérables. À ceci s'ajoute la fatigue du répondant, surtout si les utilisateurs ne voient pas la pertinence des questions ou s'ils ne perçoivent pas de changement suite à l'émission de leurs opinions. De plus, la définition des concepts et leur opérationnalisation peuvent présenter certaines difficultés. Enfin, la façon dont s'effectue la sélection des participants et le partage du pouvoir entre le prestataire et l'utilisateur de service mettent en évidence des notions de représentation et

de choix assumant une égalité entre les deux parties. En réalité, les utilisateurs se sentent rarement égaux aux prestataires (Rea, 1999) et ce, malgré l'acceptation de la légitimité de leur participation (Kelman, 1976) au sens où ils sont les meilleurs juges de leur bien-être (Shackley & Ryan, 1994). En effet, selon la perspective traditionnelle du paternalisme et du particularisme (Larrabee, 1995), la qualité se juge d'après des connaissances et des standards non accessibles à la population en général. Par conséquent, cette perspective exclut l'ensemble de cette population, rendant ainsi peu probables les suggestions mêmes des consommateurs en regard des paramètres de qualité.

Cette asymétrie informationnelle peut prendre une forme spéciale au sens où elle va au-delà de la connaissance des caractéristiques d'un service; elle porte sur l'impact que le service peut avoir auprès de l'utilisateur. Comme les services de santé sont utilisés dans l'attente d'une amélioration de l'état de santé, le consommateur se fie aux professionnels de la santé pour faire le lien entre la consommation des services de santé et les effets sur l'état de santé qui en résulte (Shackley et al., 1994). Toutefois, la perspective consumériste semble parfois mettre en doute les efforts des professionnels à s'acquitter de cette responsabilité (Kelman, 1976). Les consommateurs savent ce qui doit être amélioré mais en général ne peuvent se prononcer sur le comment (Seibert, 1996). Comme la philosophie de pratique est centrée sur le client, il incombe aux prestataires d'impliquer l'utilisateur de services dans le développement des outils de mesure de la qualité (McComas et al., 1995). Cette participation est en sorte un préalable plus fondamental encore que la structure, le processus ou le résultat, car il est particulièrement difficile d'ajouter des indicateurs dans un système de mesure où le consommateur n'est pas directement impliqué dans les délibérations. Selon la perspective du consommateur, tous les indicateurs baignent dans les incertitudes des valeurs et des jugements. Il est par conséquent important que les mesures dites subjectives ne soient pas exclues sous prétexte qu'elles sont moins valables. Ce serait en effet exclure ou amoindrir les tentatives de consultations auprès des consommateurs eux-mêmes (Pollitt, 1988).

### **La satisfaction**

Ce thème sera développé en explorant le concept, les facteurs qui y sont liés, les études sur la satisfaction, les défis de la mesure et les solutions envisagées.

La satisfaction du client est devenu un concept omniprésent dans l'évaluation des services de santé (Avis, Bond & Arthur, 1995). Cependant, il n'y a pas de consensus sur sa définition et les bases conceptuelles du terme sont rarement énoncées (Batchelor, Owen, Read & Bloor, 1994; Bond et al., 1992; Forbes & Neufeld, 1997; Merkouris, Ifantopoulos, Lanara & Hemonidou, 1999; Morin, 1999; Price, 1993; Williams, Coyle & Healy, 1998). On questionne même l'utilité d'essayer d'établir une seule définition (Carr-Hill, 1992). Les difficultés de conceptualisation se présentent parce que la satisfaction est multidimensionnelle (Batchelor et al., 1994; Lane Gray & Sedhom, 1997; Linder-Pelz, 1982; Pascoe, 1983), en ce sens que l'individu évalue des aspects distincts de la qualité en plus d'une évaluation globale de l'expérience (Linder-Pelz, 1982). Les dimensions que les clients incorporent dans leur évaluation de la qualité des soins ainsi que leur nombre sont peut connues (Bond et al., 1992). Il y a un manque de consensus dans la méthode à privilégier pour opérationnaliser le concept de la satisfaction dû, en partie, à la méconnaissance des facteurs associés à la satisfaction des clients (Grenier, 1998; Morin, 1999) ainsi qu'à un manque de consensus sur les mécanismes produisant l'expression de la satisfaction. Par conséquent, le développement d'outils pour mesurer la satisfaction est très problématique (Williams et al., 1998). Il est à noter que les écrits ne discriminent pas entre les termes patient, client, consommateur, utilisateur de services, communauté, public ou profane lorsqu'ils sont liés au concept de la satisfaction (Fitzpatrick & White, 1997; Young Mahon, 1996).

Certaines ébauches de la signification de la satisfaction sont toutefois proposées. La satisfaction est un indicateur de la qualité (Sitzia & Wood, 1997), plus spécifiquement une mesure de résultat de la qualité (Burns & Grove, 2001; Donabedian, 1983). Elle est perçue comme un élément de la santé psychologique. Il s'agit d'un résultat des soins tout comme un changement physique ou psychologique (Donabedian, 1983). La satisfaction représente des éléments spécifiques de la qualité qui sont principalement associés aux

attentes et aux valeurs du client. La satisfaction est donc essentiellement une définition individuelle de la qualité (Donabedian, 1980; Stamps, 1984). Pour Pascoe (1983), la satisfaction se définit comme une réaction générale du client aux aspects saillants de la structure, du processus et du résultat de ses expériences des services de santé. Cette évaluation est la comparaison entre ces caractéristiques saillantes et un standard subjectif de l'individu. Cette réaction est interne, singulière et s'exprime à travers les changements observés dans le comportement du client. Le processus comparatif inclut deux activités psychologiques inter-reliées : une évaluation cognitive ainsi qu'une réponse affective. Pour Berry, Zeithaml et Parasuraman (1990), la satisfaction est définie comme le degré de congruence entre les attentes des consommateurs et leurs perceptions de la qualité des services reçus. Cette définition se rapproche de celle proposée par Megivern, Halm et Jones (1992) qui proposent que la satisfaction est le degré de congruence entre les attentes du client relatives aux soins désirés et sa perception de la qualité du service réellement offert. Or, de concert avec l'état de santé, la satisfaction est le résultat ultime de la prestation des services (Donabedian, 1966) ainsi qu'un jugement de leur qualité (Donabedian, 1980, 1986). De plus, la mesure de la satisfaction est socialement moins controversée ou litigieuse que la qualité de vie et plus pertinente que la mortalité et la morbidité comme alternative d'évaluation (Avis et al., 1995).

Les compressions budgétaires contribuent à l'attention accordée à la satisfaction du client (Linder-Pelz, 1982). Il s'agit d'une source d'information pour le personnel concernant leurs besoins de formation, les domaines problématiques de la pratique ou au sein de l'établissement de santé (Megivern et al., 1992). Elle est aussi utilisée pour évaluer les changements dans l'organisation des services (Bowling, 1992). La satisfaction du client est non seulement importante pour les administrateurs et les prestataires mais aussi pour le client lui-même. En effet, les patients sont rassurés de savoir que les prestataires se soucient assez de leurs clients pour solliciter leur opinion. De plus, les clients peuvent ressentir un certain contrôle devant l'opportunité d'influencer les fonctionnements des prestataires (Heffring, 1986).

La satisfaction du client est considérée comme une variable dépendante ou indépendante. Comme variable dépendante, la satisfaction est hypothétiquement l'effet de plusieurs facteurs tels que les attentes du client en regard des services, ses attitudes, son estime de soi, son comportement durant un épisode de maladie, les expériences antérieures avec les services ainsi que la structure, le processus et les résultats des soins (Ruggeri, 1991; 1994). Comme variable indépendante, la satisfaction peut influencer l'efficacité des interventions et des comportements des consommateurs tels que l'adhésion au plan thérapeutique et le recours aux services de santé par le client (Ware et al., 1984).

#### *Les facteurs liés à la satisfaction*

Certains facteurs semblent être reliés à la satisfaction; on compte, entre autres, les caractéristiques sociodémographiques des clients, la culture et les attentes envers les services. Il n'y a cependant pas de consensus sur quel facteur est le plus important (Cleary et al., 1988 ; Pascoe, 1983).

Parmi les caractéristiques sociodémographiques, les résultats sont incohérents sauf pour l'âge et le genre qui sont invariablement liés à la satisfaction (Mattiason & Anderson, 1997; Medigovitch, Porock, Kristjanson & Smith, 1999). Les personnes âgées tendent à rapporter de plus hauts taux de satisfaction que les plus jeunes (Pascoe, 1983), alors que les femmes tendent à être plus satisfaites que les hommes (Cleary et al., 1988; Pascoe, 1983). Les personnes âgées sont moins portées à faire part de leurs plaintes et irritations de peur d'être réprimandées ou éconduites par les prestataires de services. Cette peur est surtout évidente parmi les aînés à faible revenu (Côté, 1996). Malgré la prépondérance des évidences empiriques liant la personne âgée à la satisfaction, l'étude de John (1992) propose que les clients plus âgés sont plus critiques dans leur évaluation de la qualité des soins et sont moins satisfaits des prestataires. Il explique que puisque la satisfaction dépend des attentes, il est possible que les aînés aient des attentes plus élevées que les jeunes. De plus, comme les personnes âgées ont probablement plus d'expériences avec le système de santé, elles possèdent une série d'attentes de la performance des prestataires (Calnan, 1988). Sauf pour l'âge et le genre, les relations

entre les variables comme le niveau d'éducation ou le niveau de revenu et la satisfaction sont faibles et le manque d'un cadre conceptuel rend difficile l'interprétation des résultats (Cleary et al., 1988; Lin, 1996).

Les croyances culturelles d'un groupe particulier, les attitudes et les normes peuvent influencer l'efficacité des services de santé et la satisfaction du client envers ces services (Chang, 1990; Ellmer et al., 1984). Or, les mesures de la satisfaction ne peuvent pas être simplement transposées d'une culture à une autre en ayant simplement recours à une traduction (Ellmer et al., 1984). Par ailleurs, l'attention portée aux facteurs culturels pouvant causer des différences dans les perceptions et les évaluations des services peut aider à élucider les dimensions multiples de la satisfaction du client et à améliorer la compréhension et la mesure de cette variable. Si on s'attend à ce que les clients assument un plus grand rôle dans l'évaluation des services de santé, la perspective culturelle doit être intégrée afin d'encourager le développement d'outils de mesure valides de la satisfaction du client avec ces services et sensibles à la culture (Bushy, 1995; Ellmer et al., 1984). De plus, l'examen de la façon dont les différences culturelles et ethniques influent sur la satisfaction du client souligne la nécessité d'éviter les mesures globales de la satisfaction (Ellmer et al., 1984).

Le dernier facteur associé à la satisfaction concerne les attentes, définies selon Linder-Pelz (1982) comme étant le désir anticipé qu'un événement se produise. Elles pourraient être fonction de la personnalité, des contacts antérieurs avec les prestataires de services de santé, des valeurs sociales et culturelles ainsi que du contexte particulier où le service est dispensé (Ellmer et al., 1984).

Les attentes des clients sont un facteur important dans leur satisfaction, à tel point qu'on préconise que les attentes des clients en regard des professionnels et des établissements de santé servent de point de départ à l'évaluation de leur satisfaction (Zeithaml, Parasuraman & Berry, 1990; Scardina, 1994). Ainsi, l'approche sur laquelle se basent la plupart des recherches sur la satisfaction tient compte de la perception qu'a le client que le service a répondu à ses attentes (Avis et al., 1995; Pascoe, 1983; Ruggeri, 1991, 1994). Les modèles du contraste, de l'assimilation et de l'assimilation-contraste, la

théorie de la négativité généralisée et la théorie de l'adaptation sont des exemples de l'approche «attente» (Conway & Willcocks, 1997). Le modèle du contraste propose que les jugements sont déterminés par des expériences antérieures avec les stimuli et la divergence perçue entre ce niveau et le nouveau stimulus. Le client amplifie les divergences ou écarts entre les attentes et la performance. En effet, la performance qui est plus élevée que les attentes sera évaluée comme satisfaisante alors que la performance un peu moins élevée que les attentes sera jugée comme insatisfaisante. Dans le modèle de l'assimilation, les inconstances entre les attentes et la performance peuvent produire une tension psychologique pour l'individu. Le client soulage cette tension en ajustant ses perceptions de la performance pour égaler ses attentes. À la différence du modèle du contraste, le modèle d'assimilation prédit qu'une performance modérément basse par rapport aux attentes ne causera pas de dissatisfaction parce que les perceptions de la performance seront assimilées pour égaler le niveau des attentes. Le modèle de l'assimilation-contraste est un modèle hybride. Ici, les attentes servent de standards pour juger un service, standards comportant un certain degré de latitude. Le degré de divergence entre les attentes et la performance peut avoir une influence sur le degré de satisfaction. Une petite divergence fera appel à l'évaluation au moyen de l'effet d'assimilation, alors qu'une grande divergence fera appel à l'évaluation au moyen de l'effet contraste (Conway et al., 1997; Pascoe, 1983; Ruggeri, 1994). La théorie de la négativité généralisée (*generalized negativity theory*) propose que tout contraste ou écart entre les attentes et la réalité résulte en un état hédoniste négatif généralisé, le service recevant une évaluation moins favorable que s'il avait coïncidé avec les attentes. La performance est perçue comme moins satisfaisante malgré une justification objective de la performance. La théorie de l'adaptation propose que tout stimulus est perçu en fonction d'un standard ou niveau d'adaptation. Ce niveau est déterminé par le stimulus lui-même, son contexte ainsi que les caractéristiques psychologiques et physiques de l'individu. Une fois le niveau créé, les évaluations subséquentes, positives ou négatives, demeurent près de ce niveau. Seules les influences majeures sur ce niveau d'adaptation

changeront l'évaluation finale. La compréhension de l'attente initiale est la clé pour prédire le niveau probable de satisfaction (Conway et al., 1997).

Malgré la prédominance des modèles basés sur les attentes pour déterminer et prédire la satisfaction, certains auteurs questionnent leur importance. Linder-Pelz (1982) suggère que les croyances des clients jouent un rôle plus significatif dans la détermination de leur satisfaction. Williams (1994) propose même que la satisfaction est déterminée par les attentes négatives, c'est-à-dire ce qui ne devrait pas survenir. Cette position est appuyée par Avis et al., (1995) qui expliquent que, du fait que les attentes négatives, en l'occurrence les pires peurs des clients, ne se réalisent pas, elles sont paradoxalement la justification de la satisfaction. Déclarer que la satisfaction dépend des attentes requiert aussi que le type d'attentes soit spécifié. Il y a quatre différents types d'attentes fournissant un standard subjectif pour juger d'un service : l'idéal, le minimum, l'attendu et le mérité. L'idéal ou le niveau désiré représente le maximum, alors que le minimum est le plus bas niveau acceptable. Ce niveau minimal correspond aux attributs de base du service auxquels s'attend le client. Le niveau attendu est basé sur des expériences ultérieures alors que le niveau mérité dépend de la subjectivité de ce qui «doit être» (Pascoe, 1983).

#### *Les études sur la satisfaction*

La plupart des recherches sur la satisfaction ont lieu dans le contexte des soins aigus et des soins ambulatoires. Parce que ces études sont spécifiques au contexte, elles ne peuvent être généralisées au contexte du domicile (Forbes, 1994, 1996). Or, une pénurie de recherche sur la satisfaction des clients sont menées en relation avec les services de soutien à domicile (Forbes, 1996; Laferrière, 1993; Lane Gray et al., 1997; O'Leary, 1992). Le résumé suivant présente les principales études recensées.

Parmi les études, six ont été effectuées au Québec. En 1993, Trahan, Bélanger et Bolduc ont évalué la prestation des services en CLSC et en centres hospitaliers en interrogeant 120 personnes âgées de 60 ans et plus ainsi que les familles. Les résultats indiquent que les clients sont préoccupés par l'information sur leur état de santé, le



fonctionnement du système de santé et accorde une importance particulière à la connaissance des ressources disponibles.

En 1994, en 1997 (McNeil, 1999), puis en 2000 (RRSSSS, 2001), trois études de la satisfaction ont été réalisées par la Régie régionale en regard des services dispensés par les cliniques médicales, les CLSC et les CH. Les attentes incluent dans le questionnaire sont celles identifiées selon la perspective de la clientèle. Les scores obtenus par les CLSC en 1994 indiquent que les usagers ont évalué la qualité des services comme passable. Les problèmes majeurs concernent les attentes trop longues pour avoir accès au programme de soutien à domicile, les services de prélèvements et les soins médicaux. En 1997, il est ressorti que la satisfaction est demeurée relativement stable depuis 1994 et se situe encore dans la zone passable. Le niveau global de satisfaction par rapport aux services offerts par les CLSC est le seul à être en augmentation constante depuis 1994. Il demeure à peine plus que passable (RRSSSS, 2001).

Dans sa recherche selon une perspective phénoménologique, Lévesque (1995) a interrogé quinze participants et identifié des indicateurs traduisant leurs perceptions de ce qui constitue la satisfaction avec la qualité des soins infirmiers du soutien à domicile. Ces indicateurs comprennent l'encouragement, les conseils, le soutien, le soin dispensé au domicile du client, l'écoute attentive, l'information dans le suivi des examens et traitements, la méticulosité dans les soins, les manifestations d'attention, la façon d'être des infirmières et le fait de se sentir en sécurité. Cette auteure a cependant été étonnée de constater le nombre restreint de données recueillies autour de la collaboration de la personne âgée à ses soins et autour de l'implication de la famille dans les soins de la personne âgée post-hospitalisée.

Valcourt (2000) a effectué une recherche basée sur la conception du *caring* de Watson, visant à évaluer la satisfaction des personnes âgées atteintes d'un cancer quant aux soins infirmiers palliatifs à domicile. La collecte des données s'est effectuée au moyen d'un instrument de satisfaction relative aux comportements de *caring* (SCC). En général, les dimensions suscitant la plus grande satisfaction sont reliées au processus de soins, par exemple à la dimension de l'humanisme / croyance-espoir / prise de contact.

Les autres dimensions jugées importantes sont l'accessibilité rapide aux soins, le soulagement de la douleur, le maintien ou l'amélioration du bien-être et de l'autonomie personnelle. L'investigatrice conclut que les dimensions de l'instrument «satisfaction face aux comportements de *caring*» pourraient constituer des indicateurs de la qualité des soins à privilégier et ce, selon la perspective de la clientèle.

La recherche exploratoire de Forbes (1994) a examiné ce que les personnes âgées perçoivent être important en relation avec leur satisfaction ou insatisfaction avec les services de soutien à domicile. Les résultats de la recherche, effectuée en Alberta auprès de dix participants, démontrent que les dimensions de la satisfaction avec les services de soutien à domicile sont influencées par les attentes de la personne âgée. Les plus importantes sont l'accessibilité, la disponibilité et la flexibilité, l'honnêteté, l'attention aux besoins de la personne âgée, la bonne humeur. La relation de la personne âgée avec le prestataire et son implication dans la planification de ses soins influencent également la satisfaction de la personne âgée avec les services de soutien à domicile. Forbes (1994) ajoute que les caractéristiques de la personne âgée, par exemple ses valeurs, ses buts, le soutien social perçu, semblent influencer sa perception de la satisfaction avec ces services. Elle conclut que la satisfaction de la personne âgée avec les services du soutien à domicile est un domaine d'investigation à poursuivre.

L'étude descriptive-corrélacionnelle de Redding (1993) sur la satisfaction de la clientèle avec les services à domicile d'une agence certifiée s'est effectuée en utilisant les instruments Care-Q et Care/Sat modifiés. La philosophie du *caring* de Watson (Watson, 1985) sert de cadre conceptuel à l'étude. Les questionnaires administrés à 51 clients révèlent que les infirmières rencontrent les attentes des clients en regard du réconfort et surpassent leurs attentes en regard de l'accessibilité et de la confiance qui leur est accordée. Les infirmières n'ont pas su répondre aux attentes d'explications souhaitées par le client et à leurs besoins de surveillance de leur état de santé.

L'étude descriptive de Micalizzi (1990) porte sur les facteurs qui influencent le niveau de satisfaction de patients âgés recevant des services communautaires aux États-Unis. Un questionnaire de satisfaction a été administré à 43 patients par entrevue

téléphonique. L'analyse des résultats de l'étude souligne que la perception qu'ont les personnes âgées de la qualité des services est reliée à l'intérêt démontré par les prestataires à leur égard plutôt que sur les habilités techniques des dispensateurs.

Reeder et Chen (1994) ont élaboré un instrument de mesure de la satisfaction des personnes recevant des soins à domicile : le «*client satisfaction survey*» (CSS). Les items ont été sélectionnés à partir des écrits et le contenu validé par l'opinion d'experts. Trois dimensions du concept interaction infirmière-client identifié par Risser (1975) regroupent 33 comportements, soit onze comportements par dimension. Les dimensions sont : professionnel-technique, interpersonnel-confiance et éducatif. L'instrument a été vérifié auprès de 150 clients âgés recevant des services à domicile. L'analyse des réponses n'a pu confirmer les trois dimensions mais suggère une seule dimension soit l'interaction infirmière-client.

Westra, Cullen, Brody, Jump, Granon et Milad (1995) ont aussi développé un instrument de mesure de la satisfaction pour le contexte du domicile: le «*Home Care Client Satisfaction Instrument*» (HCCSI) comporte 12 items évalués sur une échelle numérique de type Likert à 5 points. Le faible nombre d'items semble être une source de questionnement sur la valeur de l'instrument.

Enfin Geron, Smith, Tennstedt, Jette, Chassler et Kasten (2000) ont développé un instrument de mesure de satisfaction avec les services à domicile selon la perspective de clients âgés incluant celle de minorités ethniques. Les enregistrements de groupes de discussion ont été analysés selon la méthode de la théorie ancrée. L'instrument de mesure a été utilisé auprès de 228 personnes âgées. Les résultats démontrent que la satisfaction n'est pas liée au genre, à l'âge ou à la race mais est associée négativement à la détérioration physique. C'est le premier instrument construit selon la perspective des aînés qui rencontre les critères de validité.

En somme, les études empiriques portent souvent sur l'identification de dimensions pertinentes à l'évaluation de la satisfaction. Les dimensions dont on fait mention sont reliées aux relations interpersonnelles, à la compétence technique et à l'accessibilité aux services. On s'aperçoit aussi qu'on porte de plus en plus attention à la

clientèle âgée comme population cible des études et son implication dans le développement d'un outil de mesure a été souligné. Dans le contexte des services à domicile, les études sont qualitatives et peu nombreuses. Aucune étude de la satisfaction avec les services à domicile selon la perspective de l'aidant familial et de la personne âgée n'a été répertoriée. Aucune étude n'a été recensée sur l'importance accordée à des indicateurs de satisfaction selon la perspective des utilisateurs, en l'occurrence la personne âgée et l'aidant familial en rapport avec les services de santé à domicile. La présente étude vise à combler les lacunes identifiées.

#### *Les défis de la mesure de la satisfaction*

Les prestataires doivent identifier les moyens pour améliorer les services qu'ils fournissent. Pour atteindre ce but, la satisfaction des clients doit être mesurée et l'instrument doit être pertinent au contexte (Ryan, Colling, Bowen Dowd & Pierce, 1995). Dans la mesure de la satisfaction, on fait appel à la capacité du client à : distinguer parmi une variété de dimensions de services, se prononcer sur l'importance qu'il accorde à chacune des dimensions (Forbes et al., 1997; Merkouris et al., 1999) et évaluer de façon indépendante l'éventail des dimensions représentant les caractéristiques distinctes des services et de son contexte (Pascoe & Attkisson, 1984).

Or les défis suivants contribuent à l'inhabileté méthodologique de cerner les dimensions saillantes ou marquantes de la satisfaction (Pascoe et al., 1984) : la désirabilité sociale, les réponses en série, la formulation des énoncés et la peur des représailles (Forbes et al., 1997; Locker & Dunt, 1978; Pascoe et al., 1984). La désirabilité sociale provient du fait que les individus donnent des réponses correspondant aux normes sociales courantes plutôt que des réponses personnelles précises; cette limite est commune à tous les types de recherches mais elle est particulièrement applicable à la recherche sur la satisfaction (Forbes et al., 1997). Les réponses en série, c'est l'acquiescement avec les énoncés, peu importe leur contenu (Ventura, Fox, Corley & Mercuris, 1982). De 40 à 60% des répondants manifestent un certain degré d'acquiescement (Ware, 1978). Varier la formulation positive et négative des énoncés de façon équilibrée peut diminuer ce phénomène (Lamonica, Oberst, Madea & Wolf, 1986).

Un autre défi concerne la rigueur de la méthodologie de l'enquête. Il y a, en effet, plusieurs méthodes communément utilisées pour recueillir l'information auprès du client, entre autres, le questionnaire auto-administré, les enquêtes par téléphone ou par la poste, les entrevues structurées et semi-structurées et l'analyse de contenu des lettres de plaintes ou d'éloges (MacIntyre & Kleman, 1994). N'importe quel effort sérieux pour évaluer la satisfaction requiert une combinaison interactive de ces méthodes (Veney & Kaluzny, 1992). La collecte de l'information n'est pas un simple geste mécanique. La période de temps où l'enquête/questionnaire est menée est un aspect important de la mesure et a un effet puissant sur la satisfaction. Le temps alloué doit être suffisant pour ne pas provoquer une atmosphère de presse; il doit être choisi au moment où les clients sont les plus connaissants et où ils se sentent le moins vulnérables à répondre entièrement et honnêtement. Le coût associé au temps requis pour effectuer le suivi auprès des non-répondants doit aussi être considéré (Lin, 1996; Westbrook, 1993). Les difficultés méthodologiques expliquent en partie les taux élevés de la satisfaction surtout chez la clientèle âgée. L'expression de la satisfaction du client dépend de sa croyance quant au rôle qu'il joue dans la relation client-professionnel de la santé; sa passivité contribue à une satisfaction plus élevée (Avis et al., 1995). De même, le haut taux de satisfaction, habituellement entre 75 et 90%, sans trop de variations, suggère que la satisfaction n'a pas été opérationnalisée comme mesure de discernement (Carr-Hill, 1992). Le haut taux peut également s'expliquer par le fait que les attentes peuvent être suspendues ou changées dans les situations où le client croit que des contraintes s'exercent sur le comportement du prestataire ou sur la politique organisationnelle. En acceptant des circonstances ou facteurs atténuants, les utilisateurs reconnaissent que les séries d'attentes qu'ils détiennent deviennent inappropriées lorsque appliquées à une situation spécifique et complexe. Lorsque des efforts et des ressources leur sont consacrés, les clients sentent qu'il serait malvenu de ne pas exprimer de la satisfaction (Avis et al., 1995). Paradoxalement, à cause des taux élevés, la satisfaction est souvent rejetée comme outil pour améliorer la qualité des services (Rubin, 1990).

Certains professionnels de la santé s'opposent au rôle de la satisfaction du client, affirmant que les enquêtes et les entrevues ne peuvent mesurer un phénomène subjectif; ils soulignent que la difficulté de cerner la signification de la qualité selon le client influence l'interprétation des résultats de la mesure (Vuori, 1991). La satisfaction peut manquer de crédibilité en partie à cause de la nature des intérêts reflétés par les questionnaires/enquêtes et aussi parce que la perception de la qualité selon l'utilisateur peut provoquer une relation tendue avec celle du prestataire (Fairhurst, 1997). En particulier, il y a des croyances à l'effet que les clients ne sont pas compétents à juger de l'aspect technique des soins (Donabedian, 1987; Fitzpatrick et al., 1997). Or, dans les faits, les clients sont capables de faire la distinction entre la compétence technique du clinicien et la qualité de ses interrelations (Taylor et al., 1991; Von Essen, 1991; Williams, 1995; Young Mahon, 1996). Déjà en 1957, dans leur étude sur le développement d'une mesure de satisfaction avec les soins selon la perspective du client et de l'infirmière, Abdellah et Levine soulignaient que toutes les omissions dans les soins rapportées par les clients étaient confirmées par le personnel infirmier.

Un dernier défi dans la mesure de la satisfaction concerne la clientèle. En effet, les clients des services de soutien à domicile sont les plus vulnérables de notre société parce que la majorité des aînés à domicile sont hors de la vue du public (Applebaum & Phillips, 1990). Or, il est difficile pour une organisation de déterminer le degré de satisfaction de sa clientèle, en particulier lorsque la clientèle est âgée ou captive (Côté, 1996).

#### *Les solutions*

Jusqu'ici, la recherche sur la satisfaction a été indifférente aux dimensions de la satisfaction qui sont importantes pour le client (Forbes et al., 1997). Comme les services du soutien à domicile adoptent un rôle d'envergure dans la continuité des soins aux personnes âgées, il est essentiel qu'ils formulent des approches compréhensives, pratiques et systématiques pour évaluer la satisfaction de la clientèle (Laferrière, 1993). De plus, à ce jour, la satisfaction du client n'est pas mesurée et évaluée selon une perspective qui tient compte de l'interaction et de la coordination entre les prestataires et

les membres de la famille (Colling, 1994; Reif et al., 1996), en l'occurrence l'aidant familial.

Il est essentiel que la personne âgée et l'aidant participent au développement d'indicateurs sans quoi les indicateurs reflètent la perspective des administrateurs, professionnels ou chercheurs (Fottler, Ford & Bach, 1997; Meister & Boyle, 1996). L'obtention de ces points de vue s'effectue au moyen de méthodes qualitatives (Williams, 1994) ou au moyen de l'implication du client dans la production d'études évaluatives. Une façon d'identifier et d'incorporer la perspective des clients est de les inviter à indiquer leurs priorités personnelles en signalant l'importance qu'ils accordent aux caractéristiques spécifiques des services provenant d'études basées sur le point de vue du client (Fitzpatrick et al., 1997; Forbes et al., 1997).

Le développement d'un instrument de mesure de la satisfaction qui est valide et fiable est une approche essentielle dans cette perspective. Effectuer des enquêtes auprès des clients pour déterminer leur niveau de satisfaction à l'aide d'un outil valide et fiable fournit les données pour évaluer et modifier les services de santé tout en fournissant aux clients du soutien à domicile l'opportunité de s'impliquer directement dans le processus d'évaluation. Or, peu de tentatives ont été effectuées pour développer des instruments qui mesurent la satisfaction, à la fois du client et du proche, en l'occurrence de la personne âgée et de l'aidant familial principal, et ce, de façon adéquate. Les instruments devraient fournir une base pour effectuer une évaluation multiaxiale de la satisfaction afin de considérer les perspectives de ces divers sujets de façon simultanée (Ruggeri, 1994). De plus, si les questions posées reflètent les valeurs des utilisateurs de service de santé, il est important de comprendre comment ces préférences influencent la dispensation de services de qualité (Fitzpatrick et al., 1997).

Afin de bien camper la perspective de l'utilisateur, rappelons l'importance de préciser le milieu où les services sont dispensés (Donabedian 1988; 1995). La réforme des services de santé est orientée de façon prioritaire vers la promotion de services le plus près possible du milieu de vie des personnes (Hagan, Saillant & Boucher Dancause, 1994

et l'intervention dans le milieu de vie est en train de s'imposer comme étant la norme (Anctil, 2000).

### **Les services de soutien à domicile**

Ce thème sera développé tout d'abord en explorant la signification du domicile et les services qui y sont dispensés par le CLSC; par la suite, le recours à ces services puis les défis de l'amélioration continue de la qualité des services de soutien à domicile seront examinés.

Le maintien en milieu naturel se réalise en grande partie à travers les services de soutien à domicile (MSSS, 1994). L'appellation des services à domicile n'est pas contrôlée et varie donc d'un CLSC à un autre : tantôt on parle de maintien à domicile, tantôt on réfère au soutien à domicile (Anctil, 2000; Roy, 1994). Dans la présente étude, nous utilisons le terme services de soutien à domicile, désignation envisagée comme un objectif, une approche mettant l'accent sur la personne libre et en mesure d'exercer ses choix (Anctil, 2000).

#### *Le domicile*

Le domicile, tel que spécifié par le Rapport Anctil (2000) est le lieu où habite une personne, de façon temporaire ou permanente; il comprend la maison privée, le logement ou l'appartement, la chambre ou logement en HLM où habite une personne. Le terme domicile est l'un des symboles les plus riches dans la culture occidentale. Les éléments déterminant la signification du domicile incluent le contrôle, la sécurité, le développement familial, l'indépendance, le confort, la protection, les sentiments et la présence de personnes. Dans ce contexte, garder une personne malade à la maison peut vouloir dire, essentiellement, que la personne n'est pas totalement malade. La fonction du domicile, protecteur et familial, peut jouer un rôle important dans la modulation de la maladie ou dans la redéfinition de la situation où la maladie est présente ou pas (Rubenstein, 1990).

L'expérience du domicile, pour l'aîné et l'aidant, s'intègre dans leurs notions de santé et de bien-être (Rubenstein, 1990). L'idéal du domicile est ce que le client et la



famille souhaitent que ce soit. C'est leur expérience désirée de santé à domicile. Toutefois, l'expérience actuelle de santé peut être différente à cause des contraintes de la famille ainsi que les exigences de la maladie (Rybczynski, 1986; Ruddick, 1994). Cet attachement au domicile influence la pratique des services de santé puisque, à la différence des autres contextes communautaires, le client et la famille sont en contrôle de l'environnement du domicile et y sont habituellement liés émotionnellement (Vaughn Roush & Cox, 2000). Tous ces facteurs apportent des éclaircissements sur la nature et l'importance de la perspective du client et de sa famille dans le contexte du domicile (Vaughn et al., 2000).

#### *Les services dispensés à domicile par les CLSC*

Le domicile est donc le contexte communautaire où se dispensent un ensemble de services professionnels et paraprofessionnels tels que définis par le MSSS (1994) (Anctil, 2000). Ces services comprennent les services de soins infirmiers, de réadaptation, de base et spécialisés, d'inhalothérapie, psychosociaux, les services d'aide (assistance personnelle, aide domestique, soutien civique), les services de soutien aux proches (information, mesures d'appui, présence-surveillance, répit, dépannage), les services d'organisation communautaire et les services médicaux (Anctil, 2000; Astaria, Materna & Blevins, 1998; M.S.S.S., 1994). Les services à domicile sont compris dans les soins continus (Chen & Wilkins, 1998; Congdon & Malgilvy, 1995). La nature et la disponibilité de ces services en CLSC varient selon le budget alloué, le caractère urbain ou rural, le service d'organisation communautaire ainsi que les ressources du milieu (MSSS., 1993). Le rôle de ces services est de créer un environnement dans lequel les personnes améliorent leur habileté à prendre le contrôle de leurs décisions concernant leur santé (Wearing, 1994) et à maintenir la santé des familles (Keating & Kelman, 1988). Les choix effectués dans l'organisation des services à une personne et à ses proches doivent d'ailleurs toujours s'inscrire dans une optique de prévention (Anctil, 2000).

Les buts des services au domicile au niveau de l'individu comprennent les activités suivantes : améliorer ou maintenir l'état de santé, le statut fonctionnel et la

qualité de vie, soulager la douleur, augmenter les connaissances et les habiletés d'auto-soins (Kane, 1999; MSSS, 1994), favoriser l'intégration sociale des personnes (MSSS, 1994), maximiser l'autonomie de l'utilisateur (Kane, 1999), éviter ou minimiser les effets de l'hospitalisation (Dumont-Lemasson, 1994), prévenir ou réduire l'institutionnalisation (MSSS, 1994) et permettre à l'utilisateur de vivre à domicile (Kane, 1999; MSSS, 1994). Ce dernier but est le seul qui soit unique aux services de soutien à domicile (Kane, 1999). Au niveau familial, les buts incluent les activités pour encourager la participation du réseau informel dans la dispensation de soins auprès de l'aidé (Hollander Feldman, 1999; Kane, 1999), enseigner aux membres de la famille, en l'occurrence l'aidant familial, comment donner des soins de qualité, maintenir ou améliorer la qualité de vie des proches (MSSS, 1994), prévenir l'épuisement des aidants familiaux (Kane, 1999; MSSS, 1994) et prévenir l'abus des personnes aidées (Kane, 1999). Au niveau sociétal, les buts comportent l'accès aux services par le plus grand nombre de personnes en besoin, la prestation de services compréhensifs et appropriés, la personnalisation des services et la qualité des services (Hollander Feldman, 1999; Kane, 1999; MSSS, 1994).

Les services du soutien à domicile sont neutres. Le principe de neutralité assure que les personnes continuent d'assumer et d'être responsables dans la mesure de leurs moyens, des obligations normales de la vie autonome. Le choix de vivre à domicile ou d'y recevoir des soins ne doit pas entraîner des frais supplémentaires que l'utilisateur n'aurait pas à assumer si les services lui étaient fournis en ambulatoire ou en établissement (Ancil, 2000). Compte tenu de l'ampleur et de la limitation des services du soutien à domicile, ils sont dispensés selon les priorités suivantes : l'urgence de la réponse aux besoins, le degré de soutien des proches et le niveau socio-économique du client (MSSS, 1994).

Les services de soutien à domicile demeurent en place jusqu'à ce qu'ils ne soient plus indispensables au maintien de l'autonomie de la personne ou lorsque l'autonomie retrouvée est suffisante. Si les services du soutien à domicile ainsi que le réseau primaire de l'aidé ne sont plus suffisants, le CLSC coordonne la démarche lorsque la relocalisation devient nécessaire (MSSS, 1994).

*Le recours aux services à domicile*

En 1998-1999, environ 12% des aînés ont déclaré avoir reçu des services de programmes provinciaux de soutien à domicile. L'aide aux travaux domestiques, les soins infirmiers et les soins personnels sont, dans l'ordre, les services les plus fréquemment dispensés (ICIS, 2000). Les personnes prévisiblement susceptibles de recourir à ces services sont les aînés de 75 ans et plus, les personnes dépendantes de l'aide d'autrui pour effectuer des activités, les personnes qui souffrent d'au moins un problème de santé chronique ou qui ont été hospitalisées l'année précédente (Wilkins & Beaudet, 2000).

Il y a une proportion nettement plus élevée de personnes à faible revenu qui recourent aux services du soutien à domicile (Wilkins et al., 2000). La possibilité d'une détérioration de l'état de santé et un accroissement des besoins résultant d'un niveau socio-économique limité pourraient expliquer ce phénomène (Wilkins et al., 2000). Malgré ceci, en présence d'une incapacité, les plus démunis expriment un niveau de besoin d'aide moins élevé que les gens aisés (Légaré, Carrière & Jenkins, 1995).

Le risque de placement en hébergement est plus élevé pour les personnes dont le revenu est limité, laissant sous-entendre que les services du soutien à domicile permettraient de prévenir l'institutionnalisation pour les aînés à faible revenu (Shields & Chen, 1999).

L'augmentation du niveau de soutien émotionnel requis semble expliquer le commencement du recours aux services formels (Wilkins et al., 2000). Les personnes âgées sans conjoint ou partenaire sont plus susceptibles de dépendre exclusivement de sources officielles d'aide par rapport à une personne âgée sur dix ayant un conjoint ou un partenaire et qui dépend de sources officielles (Chen et al., 1998). Or, l'offre des services publics est généralement en complémentarité à l'aide fournie par les proches (Centre d'Excellence pour la santé des femmes, 1999), particulièrement par l'aidant familial principal.

Deux perspectives émergent en regard de la prise en charge des aînés par la famille. La première reflète l'adhésion à une obligation morale naturelle pour la famille

d'aider les membres dépendants (Guberman, Maheu & Maillé, 1992). Cette perspective traduit le choix de la majorité des familles (Montgomery, 1999). La deuxième perspective offre une toute autre vision suggérant que l'obligation morale est un mythe. Les habitudes observées des modes de soins familiaux seraient les conséquences de politiques sociales bénéficiant aux segments plus puissants de la société et qui sont maintenues et défendues par l'invocation d'une rhétorique morale. La famille est traitée comme une extension de l'individu et doit assumer la réponse à ses besoins lorsqu'il devient dépendant (Montgomery, 1999).

Indépendamment de la perspective, la réponse familiale à ces besoins se traduit par le soutien émotif, la substitution dans la prise de décision, la contribution économique (Levine, 1999), la responsabilité de coordonner et dispenser des soins directs (Gaynor, 1990; Levine, 1999) et indirects ainsi que les efforts requis pour les exécuter (Swanson, Jensen, Specht, Johnson & Maas, 1997). La conception de la prise en charge est présumée relever davantage d'une pratique innée, d'une extension des tâches domestiques nécessitant peu d'organisation alors qu'en réalité les soins fournis englobent une multitude d'activités directes requérant des connaissances spécialisées, de grandes capacités physiques et mentale, une disponibilité considérable ainsi qu'un intense engagement affectif et moral (Guberman, Maheu & Maillé, 1994).

Le recours aux services de soutien à domicile par l'aidant familial se fait avant tout pour assurer le bien-être de la personne âgée. Souvent, la personne-soutien ne se considère pas dans un rôle d'aidant et en plus comme ayant des besoins. La contrepartie révèle que lorsque les services auprès de l'aidant sont souhaités, le réseau n'est pas toujours capable de répondre aux besoins identifiés. De plus, l'aidant préfère souvent se passer de services puisqu'ils sont parfois plus dérangeants qu'autrement (Paquet, 1999). Les aidants doutent souvent de la qualité des services offerts les considérant inadéquats parce qu'ils ne s'adaptent pas aux besoins réels et concrets des familles (Dubé et al., 1996). Il arrive aussi que la personne âgée exerce une pression sur l'aidant pour ne pas avoir recours aux services formels. En effet, la personne aidée peut ne pas vouloir d'autres personnes que l'aidant pour s'occuper d'elle.

La réticence des aidants à utiliser les services formels varie selon l'âge, le sexe, la proximité relationnelle, le lieu d'appartenance et la peur de la stigmatisation de la personne aidée. Le recours à l'utilisation des services par les aidants de moins de 50 ans est en fonction, du moins en partie, du niveau d'instruction plus élevé et d'un mode de vie plus individualiste. Les hommes sont moins réticents à demander du soutien que les femmes et le milieu rural est plus réticent que le milieu urbain à recourir aux services formels (Paquet, 1999).

Comme le recours aux services semble être influencé par des caractéristiques de la clientèle, en l'occurrence la personne âgée et l'aidant familial, il importe que ceux-ci puissent exercer leur choix à travers les diverses étapes du processus lié aux services : quels services recevoir ainsi que l'étendue des services, quant les recevoir, de qui les recevoir et quel équilibre est approprié entre le soutien formel et le soutien informel (Hardy, Young & Wistow, 1999).

#### *Les défis de la mesure et les services de soutien à domicile*

Dans l'élaboration d'un programme d'amélioration continue de la qualité dans le contexte du domicile, quelques défis de la mesure sont à considérer. D'abord, les mesures sont complexes et particulièrement problématiques (Colling, 1994; Zimmer, 1991). Mesurer la qualité au domicile est moins objectif qu'à l'hôpital parce que les facteurs sont difficiles à identifier et se prêtent difficilement au processus de surveillance (Hughes, 1987), d'une part parce que le domicile est sous le contrôle des clients (Daniels, 1986; Olson, 1989) et, d'autre part, car la majorité des services sont dispensés par les prestataires sans supervision directe de la part des gestionnaires (Colling, 1994). Chaque domicile possède des facteurs contextuels multiples et différents ayant un impact sur les résultats visés pour le client (Colling, 1994).

Un élément qui rend difficile la mesure à l'intérieur de l'amélioration continue de la qualité dans le contexte du domicile concerne les caractéristiques de la clientèle majoritaire. Les façons d'obtenir une vue juste des opinions des consommateurs doivent être considérées attentivement. Ceci est particulièrement pertinent dans le cas de clients vulnérables tels que les aînés, ou ceux dont l'état physique ou mental est fragile. Ces

groupes sont potentiellement ouverts à l'exploitation puisqu'ils résistent moins à la pression et peuvent être facilement persuadés à donner des réponses spécifiques ou à se prononcer d'accord avec ce qu'ils perçoivent être un consensus d'opinions. Il devient de plus en plus important de solliciter l'opinion des aînés dont un bon nombre demeurent seuls et dont plusieurs vivent avec des handicaps dus à des maladies chroniques. Par contre, les personnes âgées forment un groupe hétérogène rendant plus difficile le développement et la standardisation d'un instrument de mesure (Bray, Powell, Lovelock & Philp, 1995; Colling, 1994). Aussi, pourvoir aux besoins de santé dans le contexte des services à domicile requiert la participation non seulement de l'aîné mais aussi de l'aidant familial principal qui contribue, par son soutien, à garder l'aîné à la maison (Ervin, Walcott-McQuigg, Chen & Upshaw, 1992). Or, le rôle de l'aidant fait partie intégrale de la structure, du processus et des résultats dans ce contexte (Meisenheimer, 1989).

Il y a très peu d'études qui existent sur les CLSC. À peu près rien n'est connu à propos du niveau des services offerts ou sur l'efficacité avec laquelle les services sont fournis. On ignore, entre autres aspects, tout de la diversité des services à offrir (Crémieux, Gadbois & Ouellette, 1998). On ignore les résultats des services du soutien à domicile et la manière dont ils se comparent à l'intérieur du pays. On ignore aussi les données sur les clients ayant recours aux services publics du soutien à domicile ainsi que les types d'affectations qu'ils présentent, qui fournit les services, leur efficacité et la satisfaction des utilisateurs. De plus, on ignore les effets à long terme des services de soutien à domicile sur le plan de la santé, de la situation sociale et financière de la personne aidée et de l'aidant familial (ICSI, 2000).

Pour surmonter ces défis, il est important de mesurer ce qui est significatif pour l'utilisateur de services, puisque les utilisateurs possèdent des points de vue sur les services préexistant aux tentatives pour les mesurer. Il est justifié d'évaluer l'expérience des utilisateurs de services en se basant sur ce qui leur est important (Cooke, 1994) à propos du service sinon les besoins des prestataires de services deviendront primordiaux. Il est important d'évaluer les attentes des utilisateurs et leurs expériences afin de saisir leur compréhension du service et du rôle des divers individus dans le processus (Kelman,

1976; Rea, 1999). Il devient nécessaire de spécifier et de réviser les indicateurs et de développer les mesures assurant la qualité des services aux clients à domicile selon la perspective de l'aidé (Shaughnessy et al., 1990) et de l'aidant (Meisenheimer, 1989; Shaughnessy et al. 1990). Aussi, il n'est pas surprenant de constater que la satisfaction du client et de l'aidant familial est une mesure qui prend de l'importance. La satisfaction du client implique un engagement continu, à l'intérieur d'un processus continu d'amélioration de la qualité, à communiquer activement avec le client et à partager la prise de décision avec les clients desservis (Graham, 1995; Harrigan, 2000).

### **Conclusion**

La recension des écrits avait pour but de présenter les connaissances actuelles concernant les concepts identifiés dans la problématique. Le cadre de référence du concept de service met en évidence l'importance accordée à la qualité des services de santé selon la perspective de la clientèle puisque c'est ultimement cette clientèle qui juge la qualité des services qu'elle utilise.

La satisfaction est une composante légitime de la mesure et de l'évaluation de la qualité et est reliée à l'éthique professionnelle dont le principe fondamental est de servir les besoins et les souhaits des clients. Cependant, la recension souligne les nombreux défis de la mesure de la satisfaction, des défis associés au contexte du domicile ainsi que la pénurie d'études concernant l'évaluation des services de santé dispensés dans le milieu naturel. Or, le processus d'amélioration continue de la qualité des services offre une opportunité pour non seulement apprécier l'opinion du client mais pour l'impliquer dans les diverses étapes de ce processus incluant sa participation active au développement d'instruments de mesure de la satisfaction. Recourir de cette façon à la perspective de l'utilisateur semble être une solution prometteuse pour tenter de pallier aux défis énumérés. La présente étude exploratoire porte sur l'importance accordée aux indicateurs de satisfaction des services de soutien à domicile par des personnes âgées et des aidants familiaux principaux et vise ainsi à combler certaines des lacunes identifiées.

*CHAPITRE TROISIÈME - LA MÉTHODE DE RECHERCHE*



Ce chapitre fait état de la méthode utilisée dans la présente étude. Il est composé de plusieurs parties qui sont: le devis de recherche, la méthodologie Q et ses caractéristiques, la définition des variables, le milieu de l'étude, le déroulement de l'étude, l'analyse des données, les limites de l'étude et les considérations éthiques.

### **Le devis de recherche**

Le but poursuivi par la présente étude est l'identification et la description de l'importance relative accordée à des indicateurs de satisfaction avec les services de soutien à domicile du CLSC selon la perspective des personnes âgées et de leurs aidants familiaux principaux. Cette étude utilise un devis de type exploratoire et privilégie la méthodologie Q qui permet d'identifier des indicateurs de satisfaction relative aux services de soutien à domicile, de vérifier leur représentativité du domaine à l'étude et enfin de déterminer leur importance relative auprès d'utilisateurs figurant comme informateurs-clés.

### **La méthodologie Q, ses caractéristiques**

La méthodologie Q est une technique d'évaluation comparative fournissant au chercheur une méthode quantitative systématique et rigoureuse pour étudier la subjectivité humaine (Burns & Grove, 2001; Dennis, 1986; McKeown & Thomas, 1988; Stephenson, 1953). Elle est particulièrement appropriée à la recherche liée à la santé en regard de la libre expression d'opinions par les répondants (Cordingley, Webb & Hillier, 1997; Dennis, 1986; McKeown, Hinks, Stowell-Smith, Mercer & Forster, 1999). La méthodologie Q est une approche qui se prête bien à la recherche infirmière sur la satisfaction, selon la perspective du client (Cordingley et al., 1997; Dennis, 1986), puisque la nature subjective de ce concept et l'importance de la personne sont d'un intérêt particulier pour la discipline (McKeown, Stowell-Smith & Foley, 1999).

On compte trois étapes dans la méthodologie Q. D'abord, à partir des écrits, on effectue l'identification d'un bassin d'indicateurs de satisfaction nommé échantillon Q. Puis, on procède à la vérification auprès d'experts non-académiques de la représentativité de ces indicateurs en termes de leur clarté et de leur pertinence au domaine à l'étude. Enfin, on procède à la détermination, auprès d'informateurs-clés, de l'importance relative d'un ensemble d'indicateurs représentatifs, nommé série Q.

La méthodologie Q présente certains avantages pour la recherche en sciences infirmières. Elle permet l'évitement de l'influence excessive du chercheur puisque le participant utilise les indicateurs pour modeler son point de vue et décide de ce qui lui importe à propos du phénomène sous investigation. Ceci restreint, par le fait même, le préjugé introduit par l'interprétation du chercheur (Cordingley et al., 1997; McKeown et al., 1999). Les problèmes de désirabilité sociale, de données manquantes, de réponses indécises sont quasiment inexistantes (Dennis, 1986). Le fait de demander aux participants de placer un nombre prédéterminé d'indicateurs dans chacune des catégories élimine virtuellement le préjugé des réponses en série, caractéristique des réponses aux items inscrits sur échelles. Les données obtenues sont donc hautement fiables (Polit & Hungler, 1995). Puisque chaque participant affirme sa subjectivité selon une perspective intrinsèque, le préjugé de l'environnement n'est pas un facteur pouvant influencer la collecte des données (Dennis, 1986). De plus, la méthodologie Q est une méthode de collecte de données qui transcende les cultures (Simpson, 1989), qui nécessite un nombre limité de participants et dont les coûts sont faibles (Dennis, 1986). Enfin, la tâche demandée aux participants, soit de faire le tri de cartes où sont inscrits chacun des indicateurs de satisfaction, semble plus intéressante et agréable pour les participants que de répondre à un questionnaire (Gagnon, 1992).

Par ailleurs, les désavantages de cette approche comprennent l'important investissement de temps requis tout au long de l'étude. Les directives doivent être claires et précises et le vocabulaire approprié aux participants. En effet, une compréhension des directives est essentielle si on veut que le participant exprime sa perspective adéquatement et avec précision. Aussi le processus peut devenir fatigant pour certains

sujets plus vulnérables. Le potentiel pour les participants de faire des choix mécaniques plutôt que conceptuels est un autre désavantage de la méthode (Dennis, 1986). Enfin, trier les divers indicateurs en fonction de leur importance est un processus qui consomme beaucoup de temps surtout si le nombre des énoncés excède 20 (Sixma et al., 1998).

### **La définition des variables**

#### *Les services de soutien à domicile*

Le service est un travail, une fonction effectuée pour quelqu'un. Le mot maintien réfère à l'action de faire durer, conserver et le domicile réfère au contexte où le service est dispensé, c'est-à-dire le milieu naturel. Les services de soutien à domicile sont compris dans les soins continus (Chen et al., 1998; Congdon et al., 1995) et constituent un programme spécifique des CLSC québécois. Ces services comprennent les services de soins infirmiers, de réadaptation, psychosociaux, les services d'aide (assistance personnelle, aide domestique, soutien civique), les services de soutien aux proches (présence - surveillance, répit, dépannage), les services d'organisation communautaires et les services médicaux (MSSS, 1994).

#### *La satisfaction*

La satisfaction est une réaction générale des personnes âgées et des aidants familiaux aux aspects importants de leurs expériences des services de santé du soutien à domicile. Selon Pascoe (1983), cette évaluation, comportant un processus cognitif et une réponse affective, compare les caractéristiques des services à un standard subjectif de l'individu. La satisfaction comporte un degré de congruence entre les attentes du client et sa perception de la qualité des services reçus (Berry et al., 1990). Dans le cadre de cette étude, la satisfaction relative aux services du soutien à domicile s'opérationnalise au moyen d'indicateurs répartis en 12 dimensions formant le concept de service qui est le cadre de référence privilégié dans la présente étude (Groupe Secor, 1994) et tel que décrit au chapitre II.

### *Indicateur*

Brunelle et Saucier (1999) soulignent que «l'indicateur est une mesure dont les valeurs sont utilisées comme point de repère dans l'appréciation de l'état ou de l'évolution d'un phénomène non ou difficilement quantifiable. C'est donc une mesure plus ou moins directe et plus ou moins partielle» (p. 4). On souligne que l'indicateur est défini essentiellement par rapport à un concept et que pour mieux cerner un phénomène à l'étude, on doit utiliser plusieurs indicateurs (Saucier & Brunelle, 1995).

### **Le milieu**

L'étude se déroule parmi la clientèle d'un programme de services de soutien à domicile d'un Centre local de santé communautaire de la région de Montréal.

### **Le déroulement de l'étude**

Les trois étapes consécutives de la méthodologie Q guidant la présente étude sont ici précisées. Le point de départ est l'identification des indicateurs de satisfaction pour ensuite procéder à la vérification de leur représentativité puis à la détermination de leur importance relative.

#### *Identification d'un bassin d'indicateurs de satisfaction (échantillon Q)*

Afin de repérer les écrits pertinents à l'étude, l'investigatrice a d'abord interrogé des bases de données anglophones : Medline (1990-2001), CINAHL (1990-2001), Dissertation Abstracts (1990-2001) et francophone : Repère (1999-2001). Les mots-clés utilisés en anglais sont «*satisfaction*», «*quality*», «*elderly or aged*», «*caregivers*», «*home health care*», «*services*», «*measurement*», «*scales*», et en français : personne âgée, aidant familial, aidant naturel, satisfaction, qualité, soutien à domicile, maintien à domicile et CLSC. Aussi, la bibliographie des écrits pertinents retenus constitue une deuxième source de références.

La revue des écrits effectuée par l'investigatrice a permis d'identifier et d'adapter des indicateurs de satisfaction relatifs aux services de soutien à domicile. Le choix des indicateurs est d'une importance primordiale puisqu'ils doivent représenter fidèlement

l'univers à l'étude, fournissant ainsi une mesure fiable et valide du phénomène sous investigation (Cordingley et al., 1997; Dick, 1993; Nunnally, 1978; Waltz, Strickland & Lenz, 1991). Le bassin, nommé échantillon Q, doit contenir une vaste sélection d'indicateurs issus de sources hybrides afin de favoriser l'émergence d'une variété d'opinions chez les participants (Cordingley et al., 1997). Elle comporte donc les indicateurs provenant de récits écrits sous forme de citations ou de paraphrases (Cordingley et al., 1997; McKeown et al., 1999; Stainton Rogers, 1995), la revue des écrits professionnels ou populaires, des indicateurs tirés d'entrevues externes à l'étude ou provenant d'échelles de mesure standardisées ou conventionnelles (Cordingley et al., 1997; McKeown et al., 1988; McKeown et al., 1999; Stainton Rogers, 1995). Les indicateurs proviennent aussi de guides de pratique ou programmes (Kitson, Harvey, Hyndman & Yerrell, 1994).

Suite à leur identification, l'échantillon Q est structuré; l'investigatrice assigne, *a priori*, les indicateurs à l'une ou l'autre des 12 dimensions du cadre de référence proposé par la Régie Régionale des Services de Santé et de Services Sociaux de Montréal-Centre et par le Groupe Secor (1994). L'Appendice A présente la liste des 350 indicateurs identifiés et regroupés par l'investigatrice et l'Appendice B la liste des sources avec les numéros correspondant aux indicateurs de satisfaction.

#### *Vérification de la représentativité des indicateurs de satisfaction*

Dans cette seconde étape de la méthodologie Q, l'évidence de la validité de contenu de l'échantillon Q s'effectue en soumettant la collection originale d'indicateurs à des experts (Burns et al., 2001; McKeown et al., 1988; Waltz et al., 1991). Leur rôle est d'exercer un jugement de spécialistes sur la représentativité du domaine des services de soutien à domicile aux personnes âgées et aidants familiaux (Burns et al., 2001; Fermanian, 1996; Fortin, 1996).

La sélection d'au moins cinq experts est recommandée mais un minimum de trois experts est acceptable (Lynn, 1986). Trois expertes ont été sollicitées et comme la perspective de l'utilisateur est centrale à l'étude, elles proviennent de milieux non-académiques. Leurs expériences de carrière et de vie justifient ce choix. Les expertes

sont des aînés, très engagées auprès des groupes de personnes âgées et des aidants familiaux. Deux des trois expertes ont d'ailleurs agi en tant qu'aidante familiale pendant plusieurs années.

Les expertes se sont prononcées sur la clarté et la pertinence de chaque indicateur formant l'échantillon Q (Nguyen, Attkisson & Stegner, 1984; Reeder et al., 1994). Pour ce faire, des instructions (Appendice C) ont été remises à chaque experte pour spécifier et faciliter le déroulement de ce processus. Par clarté, on entend la netteté de l'énoncé et du vocabulaire utilisé; énoncé précis et complet. Le niveau de clarté est exprimé selon une échelle de type Likert variant de 1 «pas clair du tout» à 4 «très clair». Par pertinence, on entend que l'énoncé est en rapport ou qu'il convient à la dimension étudiée. Le niveau de pertinence est aussi exprimé selon une échelle de type Likert variant de 1 «pas pertinent» à 4 «très pertinent». La définition théorique de chaque secteur et de chaque dimension a également été fournie aux expertes (Appendice A) (Burns et al., 2001).

L'évidence de validité de contenu de l'échantillon Q assure un choix d'indicateurs intelligibles, simples et compréhensifs, ainsi que la pertinence de l'applicabilité des indicateurs à l'étude (Burns et al., 2001; Stainton Rogers, 1995). Dans la présente étude, l'indicateur retenu devait avoir reçu la valeur 3 ou 4 pour sa clarté et de 3 ou 4 pour sa pertinence par chacune des expertes. En d'autres termes, seuls les indicateurs clairs ou très clairs et pertinents ou très pertinents sont retenus. Dans un deuxième temps, le calcul de la moyenne des valeurs accordées par les experts pour la clarté et pour la pertinence de chacun des indicateurs est effectuée. Seuls les indicateurs affichant une moyenne de 3,33 et plus pour la clarté et pour la pertinence sont retenus, ceux-ci se rapprochant le plus possible de la valeur maximale de 4. Les indicateurs ne répondant pas à ce critère sont éliminés ou révisés (Burns et al., 2001). À cause du nombre important d'indicateurs figurant dans l'échantillon Q, l'investigatrice a opté pour éliminer ces indicateurs. Les résultats des valeurs accordées par les expertes à chaque indicateur, ainsi que leur moyenne et leur médiane respective sont présentés à l'Appendice D. Le nombre d'indicateurs de satisfaction dont la représentativité a été vérifiée par les trois expertes est de 240. Ils sont listés à l'Appendice A (en gras).

Afin de soumettre une proportion d'indicateurs raisonnable et propice au triage par les participants, un sous-groupe appelé série Q doit être choisi à même les 240 indicateurs. Se rappelant que le processus de classement se fait sur un continuum de 9 catégories et qu'il peut devenir fatigant pour certains sujets plus vulnérables, un nombre modéré d'indicateurs a été considéré et 36 indicateurs semblaient être un nombre approprié. Ce choix s'est expliqué par la rationnelle suivante. D'abord, pour assurer une représentativité égale de chacune des dimensions, le nombre d'indicateurs par dimension devait être constant (Cordingley et al., 1997; McKeown et al., 1988; Nunally, 1978). Comme il y a 12 dimensions dans le concept de service (Groupe Secor, 1994) retenu comme cadre de référence de cette étude, le nombre d'indicateurs de la série Q devait donc être un multiple de 12. Le nombre constant de 3 indicateurs par dimension a été privilégié ici pour les raisons suivantes. Chaque dimension de l'échantillon Q contient des indicateurs relatifs aux personnes âgées et aux aidants familiaux en regard des services de soutien à domicile. Suite à la consultation auprès d'expertes, on a retrouvé un indicateur relatif aux aidants familiaux dans les dimensions apaisement et continuité; ce nombre était plus élevé pour les autres dimensions. On devait donc retenir le même nombre d'indicateurs relatifs aux aidants familiaux à l'intérieur de chacune des 10 autres dimensions. Puisque les personnes âgées sont au centre de la démarche en regard des services (Anctil, 2000) et comme les indicateurs relatifs aux personnes âgées sont plus nombreux, deux de ces indicateurs ont été retenus pour chacune des 12 dimensions (1 indicateur relatif aux aidants familiaux + 2 indicateurs relatifs aux personnes âgées = 3 indicateurs / dimension x 12 dimensions = 36 indicateurs). Le nombre d'indicateurs formant ainsi la série Q de cette étude se situait dans les limites recommandées par divers auteurs c'est-à-dire variant entre 10 et 100 (Dennis, 1986; McKeown et al., 1999; Polit et al., 1995; Simpson, 1989; Stainton Rogers, 1995; Waltz et al., 1991).

La série Q de 36 indicateurs permettait un nombre très élevé de possibilités en regard des configurations de classements Q c'est-à-dire  $36!$  ( $36 \times 35 \times 34 \times 33 \times \dots \times 1$ ) créées par les participants (Cordingley et al., 1997; Stainton Rogers, 1995).

Le choix des 36 indicateurs (Appendice E) à partir de l'échantillon Q s'est effectué au hasard tel que suggéré par Stephenson (1953), créateur de la méthode Q, en procédant par groupe (personne âgée – aidant familial) et ce, dimension par dimension. Chacun des 36 indicateurs constituant la série Q a été inscrit sur une carte 12,7 cm x 7,6 cm (Burns et al., 2001; Cordingley et al., 1997) au moyen d'étiquettes auto-collantes (Tetting, 1988) (Appendice F) pour classement subséquent de leur importance relative.

*Validation de l'importance relative des indicateurs de satisfaction*

La validation s'effectue au moyen de la classification Q, un processus par lequel chaque informateur-clé explicite son point de vue en rangeant les indicateurs de la série Q sur un continuum déterminé par une directive qui guide le triage (McKeown et al, 1998). Dans la présente étude, chaque informateur-clé doit catégoriser les indicateurs de la série Q par degré d'importance (Budreau & Chase, 1994; Dennis, 1986; McKeown et al., 1988). En effet, trier les indicateurs en fonction de leur importance relative est un des processus les plus informatifs (Sixma et al., 1998).

Ranger sur un continuum implique que l'informateur-clé peut discriminer, de façon fiable, jusqu'à 20 catégories. Toutefois, on estime le nombre optimal de catégories entre 9 et 11 (Waltz et al., 1991). Dans la présente étude, le nombre de catégories figurant sur le continuum variant de peu important à très important a été fixé à 9 puisque c'est le nombre minimal de catégories suggéré tout en étant optimal; aussi ce nombre est choisi pour faciliter la discrimination des indicateurs par les personnes âgées et les aidants familiaux. Le tableau II (p. 54) démontre l'échelle de catégories.

Tableau II  
Échelle de catégories

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
peu important.....très important								



Les cartes doivent être triées par les informateurs-clés selon un nombre prédéterminé par une courbe de distribution quasi-normale. Il s'ensuit qu'un nombre spécifique de cartes doit figurer dans chacune des 9 catégories du continuum, c'est-à-dire la majorité des indicateurs au centre et peu d'énoncés aux extrêmes (Cordingley et al., 1997). La catégorie zéro agit comme pivot pour le classement des indicateurs (Cordingley et al., 1997; Dennis, 1986). La répartition des 36 indicateurs en 9 catégories selon une courbe de distribution quasi-normale est représentée dans le tableau III (p. 55).

Tableau III  
Répartition des indicateurs par catégories

-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4
2	2	3	5	12	5	3	2	2
cartes	cartes	cartes	cartes	cartes	cartes	cartes	cartes	cartes

Le choix d'une courbe de distribution quasi-normale s'explique par le fait qu'elle facilite la collecte de données en encourageant les informateurs-clés à considérer les indicateurs de façon plus systématique (Dennis, 1986; McKeown et al., 1988). L'utilisation de cette courbe est pragmatique puisqu'elle permet d'obtenir les mêmes formes de configuration de l'ensemble des participants (Stainton Rogers, 1995). Cette courbe aussi reflète davantage l'ordre retrouvé dans la nature. Aussi, dans les écrits recensés par l'investigatrice, la courbe de distribution normale aplatie est la plus souvent recommandée ou utilisée dans les études privilégiant l'approche par la méthode Q (Block, 1961; Cordingley et al., 1997; Dennis, 1986; Gagnon, 1992; McKeown et al., 1999; Nunnally, 1978; Stainton Rogers, 1995).

La classification Q s'effectue selon un choix forcé-libre. Puisqu'un nombre spécifique d'indicateurs doivent être rangés dans chacune des 9 catégories, on dit du choix qu'il est forcé. Toutefois, comme l'informateur-clé sélectionne l'indicateur à placer

dans chaque catégorie, le choix est dit libre (Cordingley et al., 1997; Dennis, 1986). Cette restriction facilite le processus décisionnel de l'informateur-clé en l'obligeant à prioriser les indicateurs qui lui importent le plus (Cordingley et al., 1997).

Afin de compléter la tâche avec aisance, une surface assez grande comme une table de cuisine ou table à cartes est suggérée (McKeown et al., 1988). On remet au participant le paquet de cartes à trier, les marqueurs affichant l'ordre des catégories c'est-à-dire de (-4) à (+4). La chercheuse donne les instructions verbales expliquant la façon d'effectuer le tri. Les instructions se retrouvent à l'Appendice G. Le temps requis par l'informateur-clé pour effectuer la classification Q est d'environ une heure.

*L'échantillon des participants.* Les sujets dont la participation est sollicitée pour la présente étude sont de deux types: les personnes âgées et les aidants familiaux, utilisateurs de service. La sélection des participants figurant comme informateurs-clés est guidée par diverses considérations, notamment leur pertinence avec les buts de l'étude (McKeown et al., 1988) et leur connaissance du sujet (Pineault & Daveluy, 1995). Le tableau IV (p. 57) indique les critères respectifs de sélection des participants.

L'origine québécoise est définie comme l'appartenance de la personne âgée et de l'aidant familial à un groupe culturel franco-québécois partageant des valeurs relativement similaires. Ce choix est justifié par le fait que l'étude consiste, pour les participants, à poser un jugement de valeur sur l'importance accordée à des énoncés de satisfaction relative aux services de soutien à domicile. Or, les auteurs soutiennent que la satisfaction est une perception subjective reflétant les attentes des personnes et elle est influencée par le groupe culturel d'appartenance (Chang, 1990; Ellmer et al., 1984). Précisons aussi que l'absence de troubles cognitifs sera assurée par les intervenantes du soutien à domicile, lesquelles connaissent bien leurs clientèles; ce sont d'ailleurs ces intervenantes qui présélectionneront les répondants potentiels pour cette étude en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion.

Tableau IV  
Critères de sélection des participants

<b>PERSONNES ÂGÉES</b>	
<b>critères d'inclusion</b>	<b>critère d'exclusion</b>
1. 65 ans et plus	1. personnes âgées présentant des troubles cognitifs
2. présentant une perte d'autonomie physique	
3. résidant au même domicile que l'aidant familial	
4. recevant un service ou plus au moins un fois par mois du soutien à domicile	
5. recevant un ou des services de soutien à domicile depuis au moins 6 mois	
6. d'origine franco-qubécoise	
7. lisant le français	
<b>AIDANTS FAMILIAUX</b>	
<b>critères d'inclusion</b>	
1. aidant familial (sujet majeur) d'une personne âgée participant à l'étude	
2. assumant ce rôle depuis au moins 6 mois	
3. résidant au même domicile que la personne âgée	
4. d'origine franco-qubécoise	
5. lisant le français	

Un petit échantillon de participants est acceptable en terme psychométrique puisque la perspective est celle du participant lui-même (McKeown et al., 1988). Le nombre recommandé est, au maximum, entre 28 et 35 participants. Accroître le nombre de cette population ajoute très peu à la valeur des données de recherche (Dennis 1986; Waltz et al., 1991). Le nombre de participants de cette étude est fixé à 20: 10 personnes âgées et 10 aidants familiaux et ce, pour des fins de faisabilité dans le cadre d'une étude de la maîtrise.

*Démarches préliminaires.* La première démarche consiste à présenter un dossier de recherche faisant état de la problématique de recherche à la coordonnatrice du

programme de soutien à domicile du CLSC. Une entente verbale pour procéder à la recherche à été convenu en octobre 2000.

La deuxième démarche consiste, pour la coordonnatrice du soutien à domicile, à choisir des intervenantes pivots ayant des *caseload* à partir desquels les participants seront sélectionnés. L'investigatrice a rencontré ces intervenantes afin de leur présenter le projet de recherche (Appendice H). Suite à cette rencontre, ces intervenantes ont sollicité la participation de 20 informateurs-clés, en l'occurrence 10 personnes âgées et 10 aidants familiaux, parmi la clientèle du soutien à domicile et ce, selon les critères émis par l'investigatrice.

Une fois les participants identifiés, les intervenantes ont communiqué avec eux afin de solliciter leur assentiment à participer à ce projet de recherche (Appendice I). Suite à leur assentiment, les intervenantes ont communiqué leurs coordonnées à l'investigatrice qui a téléphoné aux participants pour fixer un rendez-vous à leur domicile. Durant cette visite, elle donna des explications verbales (Appendice G) aux participants pour faire le tri des cartes. Par la suite, l'investigatrice a demandé aux participants de signer le formulaire de consentement (Appendice J). Les personnes âgées et les aidants familiaux ont été appelés à se prononcer sur les mêmes 36 indicateurs de la série Q tout en effectuant le tri individuellement et sans concertation. L'investigatrice est resté disponible sur place le temps nécessaire pour que les participants puissent faire le tri des cartes (environ 1 heure); elle a répondu à leurs questions et les a aidé au besoin. Lorsque chaque participant était satisfait de la configuration qu'il avait donnée aux indicateurs, l'investigatrice inscrivait le numéro de chaque carte sur une grille (Appendice K) de façon à reproduire la position exacte de chaque indicateur de la configuration créée par chaque participant (McKeown et al., 1999). La configuration consignée par écrit a été placée dans une enveloppe par l'investigatrice et cachetée.

### Description des participants

Dix dyades de personnes âgées – aidants familiaux principaux recrutés dans un CLSC de la région de Montréal ont participé à cette recherche. La collecte des données s'est effectuée sur une période de trois mois et demi.

Afin de recruter ces dix dyades, 40 usagers des services de soutien à domicile répondant aux critères de l'étude ont été approchés par les intervenantes du CLSC. Rappelons que pour participer à l'étude, le consentement verbal devait être obtenu à la fois de la personne âgée et de son aidant familial principal. Les raisons de refus étaient les suivantes: la personne sollicitée n'était pas intéressée, se sentait incapable de répondre adéquatement à la demande ou simplement, ne voulait pas un étranger à la maison. Parmi les personnes sollicitées ayant accepté de participer à l'étude, une aidante familiale a annulé la veille du rendez-vous parce que la personne âgée, en l'occurrence sa mère, était devenue très anxieuse croyant qu'il s'agissait d'une rencontre pour une demande d'hébergement. Trois personnes âgées, contactées par la chercheuse afin de fixer un rendez-vous, ont annulé leur participation, deux par manque d'intérêt et une ne se sentant pas capable de répondre adéquatement à l'exercice. Trois personnes âgées ont été exclues par la chercheuse, deux ne répondant pas au critère d'origine franco-québécoise et une personne, quoiqu'à profil gériatrique, ne répondant pas au critère relié à l'âge. Une personne âgée s'est exclue au début de la collecte des données à domicile: il ne pouvait faire le lien conceptuel entre l'indicateur et la directive de trier par importance et ce, dû aux séquelles de son AVC.

Les dix dyades personnes âgées – aidants familiaux, correspondent aux caractéristiques prévues pour l'étude (voir tableau IV [p. 57]). Les personnes âgées avaient entre 72 et 89 ans avec une moyenne d'âge de 79.3 ans et les aidants familiaux avaient entre 45 et 84 ans avec une moyenne d'âge de 60.9 ans. Chez les personnes âgées, huit sont des femmes et deux sont des hommes, alors que chez les aidants familiaux, quatre sont des femmes et six sont des hommes. Les aidants familiaux sont en majorité des conjoints ou conjointes, soit 6 sur 10, deux sont les filles, un le fils et un le petit-fils. Tous assument ce rôle depuis plus d'un an. La majorité des personnes âgées

présentent en moyenne trois problèmes de santé physique. Tous les répondants cohabitent, sont d'origine franco-qubécoise, lisant le français et reçoivent en moyenne deux services de soutien à domicile au moins une fois par mois depuis plus d'un an. Même si le niveau socio-économique ne figure pas dans les critères de sélection, la chercheure observe que les dyades personnes âgées – aidants familiaux sont de milieu moyen.

Le temps requis pour accomplir la classification est de une heure pour 16 des 20 participants; un aidant familial et une personne âgée de dyade différente ont mis une heure et demie à effectuer l'exercice et un aidant familial et une personne âgée de dyade différente ont mis deux heures.

### **Les considérations éthiques**

Le projet de recherche a été d'abord soumis au comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé afin d'obtenir un certificat d'éthique. Une copie figure à l'Appendice L. Puis, une lettre précisant la nature, le but, la durée et la méthode utilisée pour cette recherche a été remise à chaque participant afin qu'il puisse fournir un consentement éclairé. Les participants ont été informés du fait qu'il n'existait aucune obligation de participer à l'étude, qu'ils pouvaient se retirer librement de l'étude s'ils le souhaitaient et que la confidentialité par rapport à leur identité ainsi que des données recueillies serait assurée (Appendice I). De plus, le projet de recherche a été approuvé par la direction des services professionnels du CLSC participant.

*CHAPITRE QUATRIÈME – PRÉSENTATION DES RÉSULTATS*

Le chapitre quatrième présente les résultats de l'étude exploratoire dont le but poursuivi est l'identification et la description de l'importance relative accordée à des indicateurs de satisfaction avec les services de soutien à domicile du CLSC selon la perspective des personnes âgées et de leurs aidants familiaux principaux, utilisateurs de services. Les résultats des analyses quantitatives permettant de répondre aux questions de recherche seront présentées d'abord par l'étude des rangs puis par l'analyse en composantes principales construites sur les diverses dimensions.

### **Résultats des analyses**

Vingt participants (10 personnes âgées [pa] et 10 aidants familiaux [af]) ont classé 36 indicateurs en ordre de préférence subjective selon la procédure libre-forcé décrite plus haut. L'échelle des réponses était entière et variait de -4 à +4 comme l'illustre le tableau III (p. 55). Les résultats de ces classifications figurent au tableau V (Appendice M).

Nous remarquons passablement d'égalités dans les préférences des participants sur les 36 indicateurs. Dans ce cas, il est préférable de comparer les paires d'ordres obtenus sur les indicateurs à l'aide du  $\tau_c$  de Kendall (1962) (Sprent, 1989) dont les calculs et les statistiques sont effectués au moyen du logiciel Statistica.

La structure des données permet de comparer les paires personnes âgées et aidants familiaux entre elles aux autres regroupements pa-pa; af-af, pour ainsi tenter de répondre aux questions de recherche suivantes:

1. Existe-t-il une différence entre l'importance relative accordée à chacun des indicateurs, on dira la concordance de satisfaction selon les personnes âgées et les aidants familiaux ?
2. Quelle est la convergence entre l'importance relative accordée à chacun des indicateurs de satisfaction entre les personnes âgées et les aidants familiaux ?



3. Quelle est la divergence entre l'importance relative accordée à chacun des indicateurs de satisfaction entre les personnes âgées et les aidants familiaux ?

Convergence et divergence pour les paires de préférences sont en fait mesurées à l'aide du même indice, le tau de Kendall,  $\tau$ . Une concordance parfaite a une valeur de +1, et une discordance complète (les rangs sont totalement inversés) une valeur de -1. De plus, tout comme pour un coefficient de corrélation, un indice croissant entre ces deux valeurs indique une convergence croissante entre les deux ordres ou préférences des participants.

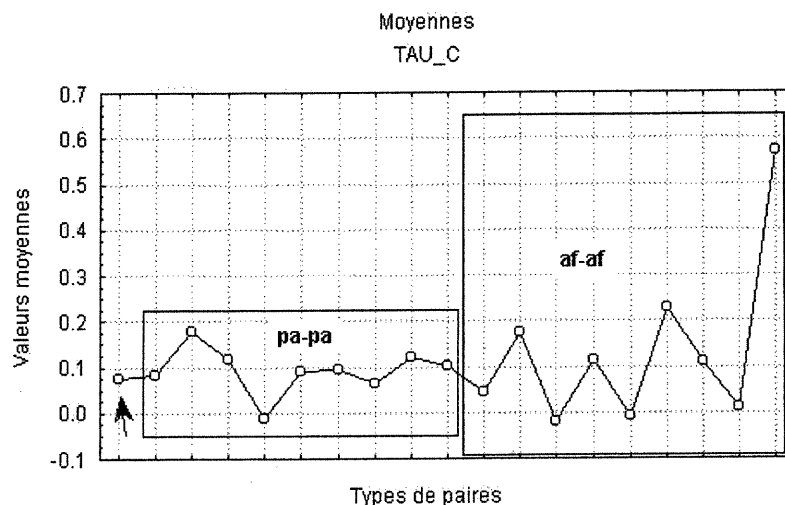
Nous distinguerons par la suite l'examen indicateur par indicateur, ou même par groupe des 12 dimensions de 3 indicateurs, naturellement liés, mais d'abord considérons la concordance présente dans notre échantillon de 36 indicateurs de satisfaction.

*Examen des concordances pour l'ensemble des indicateurs*

À la lumière des indices de Kendall, on peut reformuler les deux dernières questions de recherche de la façon suivante :

- Les dyades personnes âgées – aidants familiaux sont-elles plus concordantes que les autres paires de la population ?
- Dans leur ensemble, les personnes âgées ont-elles un indice de concordance différent de celui des aidants familiaux ?

On peut comparer les moyennes des regroupements : les dyades pa-af avec les autres, soit les diverses possibilités des paires pa-pa, par exemple pa2 avec les autres de pa3 à pa10, pa3 avec les autres de pa4 à pa10, etc. ; ou encore les paires af-af, par exemple af2 avec les autres de af3 à af10, etc. On illustre cela à la Figure 1 (p. 64). Les valeurs variant de -0.05 à 0.30 représentent les indices de concordance; les moyennes se situent entre les valeurs -0.05 et 0.30. La flèche indique la moyenne des concordances des dyades personnes âgées – aidants familiaux et les deux rectangles représentent les moyennes des deux autres regroupements soient personnes âgées – personnes âgées (pa-pa) et aidants familiaux – aidants familiaux (af-af). À noter que le dernier point de chaque rectangle n'est pas une moyenne mais une valeur unique, soit pa10 et af10

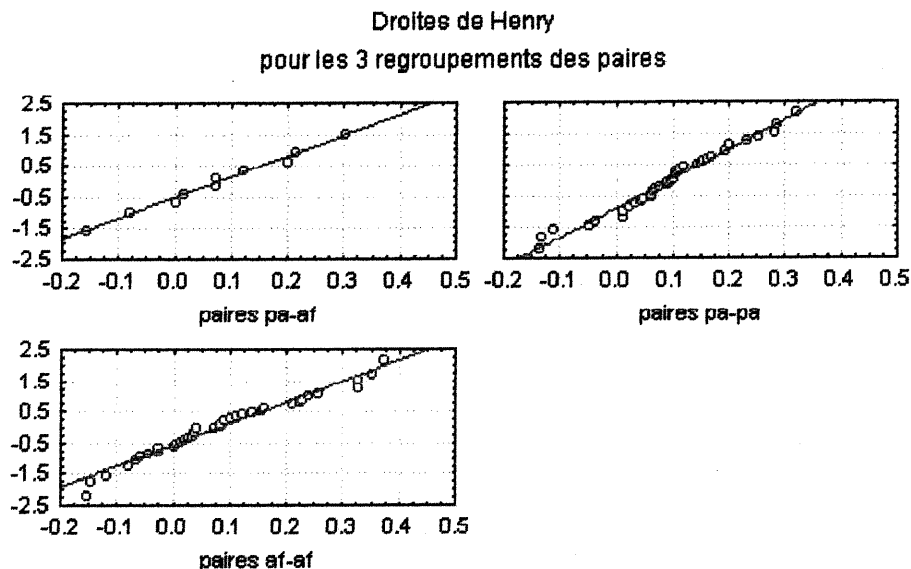


**Figure 1.** Comparaisons des moyennes des regroupements. La flèche indique la moyenne des dyades, le premier rectangle les moyennes des diverses paires pa-pa, à commencer par les pa1 à pa10 jusqu'à pa10, *idem* pour le second rectangle avec les paires af-af.

respectivement. On constate qu'il n'y a aucune tendance pour les paires personnes âgées - aidants familiaux à être plus concordantes que les autres de la population. On peut quantitativement montrer cela, en utilisant les trois regroupements: les personnes âgées - aidants familiaux (pa-af), les paires personnes âgées - personnes âgées (pa-pa), et les paires aidants familiaux - aidants familiaux (af-af). Cela donne trois tests-T dont voici les probabilités de dépassement ainsi que les moyennes et écarts types des  $\tau_c$  sont présentées au tableau VI à l'Appendice N. Ce tableau indique aussi les principaux paramètres de statistiques descriptives pour  $\tau$  selon les trois types de regroupements: pa-af, pa-pa, af-af et les tests-T pour les différences de groupe à groupe.

Pour le groupe personnes âgées - aidants familiaux (pa-af) qui ne sont pas des dyades, la moyenne 0.76 est plus basse comparativement aux deux autres regroupements mais n'est pas statistiquement significative. Les droites de Henry ou diagramme quantiles-quantiles que l'on trouve à la figure 2 (p. 65) valident les tests-T. En effet, les

conditions d'application des tests-T sont respectées: les distributions des trois variables sont gaussiennes. Les tests habituels pour les lois gaussiennes (Shapiro-Wilk, par exemple) confirment aussi ce fait.



**Figure 2.** Droites de Henry pour les 3 regroupements de paires.

Maintenant, considérons au Tableau VII (Appendice O) les  $\tau$  de Kendall pour les 100 paires (10 x 10) personnes âgées – aidants familiaux ainsi que les probabilités de dépassement du test de Kendall sous l'hypothèse  $H: \tau = 0$ ; le premier élément est la personne âgée (pa) et le second, l'aidant familial (af). Rappelons que, avec un  $p < 0.05$ , le tau de Kendall est significativement concordant lorsqu'il est positif et significativement discordant lorsqu'il est négatif.

On constate que 28 des 100 paires ont un coefficient de Kendall non nul(\*) (là où on rejette l'hypothèse nulle au seuil de 5%). De plus, deux dyades seulement, soit pa1-af1 et pa2-af2, sont plus concordantes que dû au hasard. Et on note aussi que 26 de ces 28 paires sont plutôt concordantes ( $\tau > 0$ ) que discordantes ( $\tau < 0$ ). La moyenne des

indices étant en effet légèrement positive et la loi gaussienne étant symétrique, on s'attendait à ce qu'assez peu des  $\tau$  soient négatifs. Ce qui est avéré.

En fait, la concordance moyenne de toutes les paires des regroupements, pas seulement celles du tableau précédent, est de 0.098, avec un écart type 0.153, pour un intervalle de confiance à 95% de [0.076 ; 0.120] pour la moyenne des  $\tau$  de Kendall. La répartition témoigne bien d'une variable gaussienne et on rejette l'hypothèse que le  $\tau$  moyen est nul avec un probabilité de dépassement infime. Ainsi on a une légère concordance pour les indicateurs de satisfaction. Il y a seulement 41 paires présentant une discordance (i.e.  $\tau < 0$ ) et parmi celles-ci, il y en a seulement quatre pour lesquelles on rejette l'hypothèse nulle au seuil de 5%. Des 100 paires avec un  $\tau$  positif, il y en a 54 qui sont significativement non nulles au même seuil. Tout cela témoigne qu'il y a légèrement plus de concordance que si on avait choisi les vingt préférences au hasard, auquel cas on aurait eu un intervalle de confiance contenant le nombre 0. Il y a donc une certaine concordance dans nos paires de sujets dont les personnes âgées – aidants familiaux relativement aux indicateurs de satisfaction, même si celle-ci est passablement faible.

Concluons cette partie de l'analyse. Même s'il n'y a pas de différences significatives pour les concordances quelles que soient les types de paires considérés, il y a une certaine concordance dans les paires de participants, quoique petite. Toutefois aucune concordance globale n'est obtenue.

#### *Ordre des préférences par indicateur*

Pour vérifier si les moyennes des préférences indicateur par indicateur sont les mêmes, selon les deux groupes: personnes âgées - aidants familiaux, on s'est servi du test sur deux moyennes de Wilcoxon-Mann-Whitney. On montre au tableau VIII (Appendice P) qu'il y aurait une différence seulement pour deux indicateurs: I63 (Que l'intervenant ait de la considération pour l'aidant familial qui assiste la personne âgée.) et I197 (Que l'aidant familial soit informé du congé du maintien à domicile de la personne âgée (c'est-à-dire la fin des services) dans un délai acceptable), encore que pour ce dernier indicateur, le seuil de signification de  $p = 0.05$  est à peine atteint. En fait, on pourrait, sans crainte de se tromper, considérer que les deux ensembles forment un seul

échantillon. Ce qui n'est pas intéressant ici puisqu'on s'intéresse à distinguer les préférences des deux groupes de sujets (pa-af).

Il n'y a que deux moyennes qu'on peut croire différentes dans les deux groupes (pa et af). On pourrait même utiliser les tests-T habituels étant donné que les distributions de préférences des participants de chacun des groupes sont passablement gaussiennes. On constatera au tableau IX (Appendice Q) que les conclusions sont identiques à celles obtenues du test de Wilcoxon-Mann-Whitney.

Si les réponses des participants aux indicateurs sont passablement gaussiennes (en dépit du fait qu'elles sont discrètes), les regroupements par moyennes des indicateurs le sont *a fortiori*, ainsi les regroupements des indicateurs selon les 12 dimensions. On ne rejette l'hypothèse d'égalité des moyennes que dans le cas des dimensions empathie (I63,  $p = 0.023939$ ) et apaisement (I197,  $p = 0.029063$ ). C'est évidemment les variances assez larges qui font que des moyennes en apparence même assez lointaines ne peuvent être considérées comme égales.

On admet donc que les préférences pour chaque indicateur peuvent être considérées comme égales de groupe à groupe c'est-à-dire les personnes âgées et les aidants familiaux formant les dyades (pa-af), à deux exceptions près. Agrégeons maintenant pour chaque groupe, toujours en prenant les moyennes, les indicateurs selon les 12 dimensions à raison des trois indicateurs par dimension. Le tableau X (Appendice R) illustre les tests-T sur les différences de préférences du groupe personnes âgées par rapport au groupe d'aidants familiaux pour les 36 indicateurs regroupés en 12 dimensions. Le tableau Xa (Appendice R) représente les dimensions par ordre croissant de préférences chez les aidants familiaux alors que le tableau Xb (Appendice R) présente les dimensions par ordre croissant de préférence chez les personnes âgées. Ce tableau montre que là aussi, il y a très peu de différences entre les groupes, quelles que soient les dimensions, sauf une : la dimension d'apaisement où, avec une probabilité de dépassement de  $p = 0.04$  on admet que les moyennes sont différentes. On peut aussi noter que le  $\tau$  de Kendall de ces deux ensembles de préférences sont au neutre en ce qui concerne la concordance:  $\tau = 0.03$ . Il n'y a pas de concordance particulièrement forte, il en

est de même pour les discordances. Ainsi, ces résultats apportent une réponse partielle à la deuxième et à la troisième question de recherche.

En réalité, ce n'est que pour les dimensions classées aux extrêmes qu'on constate à l'intérieur de chaque groupe, sur des tests-T pairés (puisque les participants sont les mêmes d'indicateur à indicateur), des différences statistiquement différentes au seuil de  $p = 0.05$ . Il y a un certain nombre de différences entre les appréciations des dimensions que ce soit chez les aidants familiaux ou chez les personnes âgées, mais cela ne nous est guère utile; en effet ce qui compte vraiment ce sont les rangs dans lesquelles sont classées les dimensions et ce, en comparant les groupes.

On remarque sur les tableaux X (a et b) (Appendice R) que la dimension de **solidarisation** est considérée par les deux groupes comme la moins importante, alors que la dimension de la **rapidité des services** est la plus importante pour les deux groupes. Mais les accords entre les deux groupes s'arrêtent presque là. La deuxième dimension la plus importante pour les aidés est l'**accessibilité**, alors qu'elle est la troisième moins importante pour les aidants. On peut raisonner similairement pour les autres dimensions. C'est au tableau XI (p. 68) qu'on verra les choses plus clairement : on y a classé les dimensions par ordre de préférence croissant pour les af, à partir des valeurs présentées du tableau X (Appendice R). Les rangs sont de 1 à 12, soit de moins important à plus important.

On aurait un tableau analogue pour l'ordre des préférence des personnes âgées (pa), en utilisant le tableau X(b) (Appendice R).

Tableau XI

Classification des dimensions par rangs croissants pour les aidants familiaux et dans le désordre pour les personnes âgées

<b>Dimension</b>	<b>AIDANTS FAMILIAUX (af)</b>	<b>PERSONNES ÂGÉES (pa)</b>
Solidarisation	1	1
Intimité	2	9
Accessibilité	3	11
Facilité	4	6
Responsabilisation	5	5
Empathie	6	10
Continuité	7	7
Dignité	8	2
Confort	9	8
Fiabilité	10	3
Apaisement	11	4
Rapidité	12	12

On s'entend dans les deux groupes sur la dimension la **moins importante**, c'est la **solidarisation** ; de même pour la dimension la **plus importante**, c'est la **rapidité des services**. Pour cette dernière dimension, c'est d'ailleurs la gestion rapide des situations de crise (I327 – Que l'intervenante réponde promptement à la personne âgée qui vit une situation de crise) qui l'emporte dans les deux groupes sur tous les autres indicateurs (voir le tableau IX, Appendice Q). On remarque de plus un certain nombre d'oppositions entre les deux ordonnancements des préférences. Ainsi les dimensions d'**intimité** et d'**accessibilité** sont aux rangs 9 et 11 pour les personnes âgées, mais elles ont été classées parmi les moins importantes (rangs 2 et 3) par les aidants familiaux. Inversement, les dimensions de **fiabilité** et d'**apaisement** sont aux rangs 10 et 11 pour les aidants familiaux, mais classées seulement aux rangs 3 et 4 par les personnes âgées. Au milieu, on trouve des préférences plus neutres de part et d'autre (près du zéro des moyennes, donc près des rangs du centre, soit de 4 à 9). Le coefficient de Kendall, remarquons-le,

n'est pas approprié pour quantifier les oppositions, mais s'intéresse plutôt aux inversions de préférence des paires de dimensions d'un groupe à l'autre.

### *Conclusion sommaire*

Jusqu'à maintenant, nous avons exploré dans cette étude les questions suivantes :

Est-ce que les paires personnes âgées – aidants familiaux ont des perspectives plus semblables sur les dimensions de services que les autres paires (pa-pa) et (af-af). On a conclu que vraisemblablement non.

Les moyennes pour chacun des 36 indicateurs du groupe des aidants familiaux et du groupe des personnes âgées étant probablement très peu différentes, de même pour les diverses dimensions, on pourrait à la fois agréger les deux groupes, et agréger les préférences pour chacune des 12 dimensions. Ce faisant, cependant, on perdrait de vue les petites nuances qui décrivent plus finement les différences de perspectives sur les indicateurs de satisfaction des aidants familiaux par comparaison avec ceux des personnes âgées. On s'est contenté alors d'agréger les préférences pour les indicateurs de chacune des 12 dimensions, tout en gardant la distinction entre les groupes pa-af.

On peut alors constater qu'en dépit d'un coefficient de Kendall relativement neutre, il existe un certain nombre d'oppositions intéressantes ; les préférences des aidants familiaux et personnes âgées montrent au fond des perspectives respectives quelque peu différentes pour les 12 dimensions de satisfaction relative aux services de soutien à domicile chez les dyades personnes âgées – aidants familiaux.

### **Analyses en composantes principales pour la méthodologie-Q**

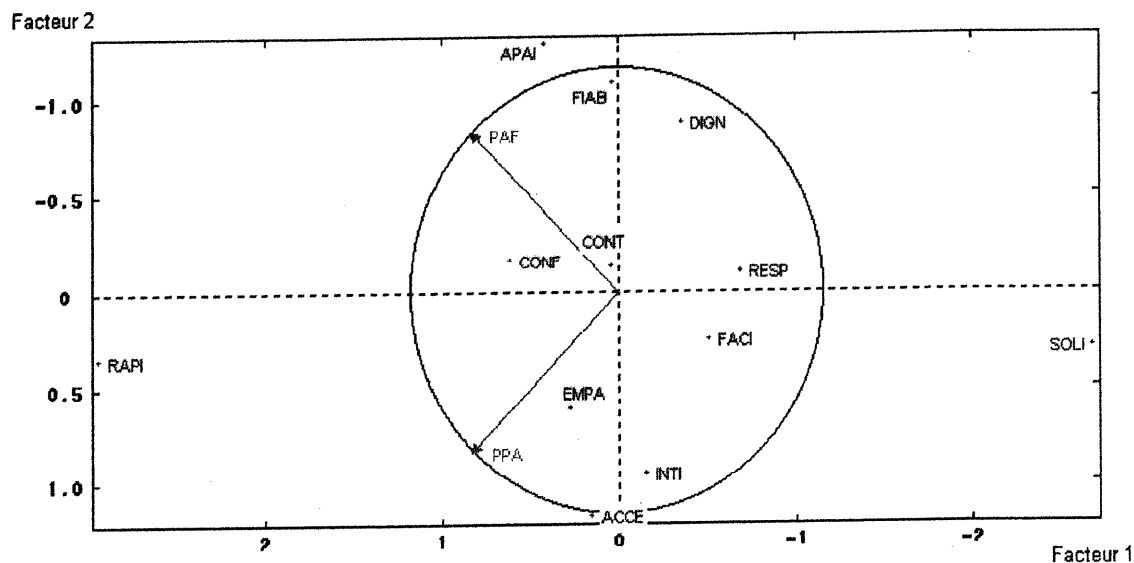
Il est impossible d'expliquer ici les propriétés quantitatives des analyses en composantes principales (ACP) qui constituent le cœur de la méthode d'analyse de la méthodologie-Q. Ces ACP, au contraire des ACP habituelles qui se calculent sur la matrice des données, se font en méthodologie-Q sur la matrice transposée : avec les «variables» donc qui sont les participants interrogés, et les «unités statistiques» sont les dimensions ou les indicateurs proposés, soit les éléments de la série Q. On les appellera



les ACP-Q et elle constitue la deuxième partie de l'analyse des données de la présente étude. Le logiciel utilisé est le Système Portable d'Analyses de Données (SPAD).

*Avec les données regroupées en dimensions et parangons*

Il est impensable de décrire les aspects statistiques, mais on peut toutefois expliquer géométriquement ce qui se passe, soit expliciter la structure des données, par des cartes factorielles (Figure 3, p. 72), ou plans cartésiens. Les «variables», ici les 20 participants, af1 à af10 et pa1 à pa10, sont représentées ou leur regroupement en deux parangons, parangon aidants familiaux (PAF) et parangon personnes âgées (PPA). ou parangons qui sont les moyennes calculées des préférences par indicateur selon les deux types de participants, ainsi que les unités statistiques, ici les 36 indicateurs, ou encore leurs regroupements en 12 dimensions. Les variables sont les moyennes des pa et af sur toutes les dimensions, soit des parangons PPA et PAF. L'axe horizontal représente le facteur 1 soit les moyennes des dimensions rangées de moins importante à plus importante sur lesquelles les personnes âgées (pa) – aidants familiaux (af) s'entendent. L'axe vertical représente le facteur 2, c'est-à-dire les dimensions sur lesquelles les personnes âgées (pa) et les aidants familiaux (af) s'opposent. Les deux facteurs expliquent respectivement 72.2% et 27.8% de la variance totale de l'ensemble des indicateurs.



**Figure 3.** Carte factorielle du plan des deux premières composantes principales de l'ACP construite sur les 12 dimensions du concept de service avec les parangons PPA et PAF.

Il faut maintenant expliquer les deux facteurs, donner un sens à cette décomposition de la matrice des données. En se reportant aux tableaux X (a) et (b) (Appendice R), considérons deux préférences moyennes  $p_a$  et  $p_f$  sur chacune des dimensions. Par exemple, les deux groupes de participants considèrent que la dimension **solidarisation** (SOLI) est la dimension la moins importante; on la trouve à l'extrême droite de la Figure 3 (p. 72), la coordonnée la plus grande sur le facteur 1. À l'inverse, la dimension **rapidité** (RAPI) se situe le plus à gauche dans la Figure 3 (p. 72). Elle est donc la dimension la plus importante sur le facteur 1. Ainsi de suite pour les autres dimensions classées sur l'axe horizontal (facteur 1) par ordre décroissant des préférences moyennes des deux groupes. Le facteur 1 étant ainsi l'axe des préférences moyennes, la dimension **responsabilisation** (RESP) est celle qui en moyenne est la plus positive après

**solidarisation** (SOLI), donc la moins préférée à l'exception de **solidarisation** (SOLI); **facilité** (FACI) est la dimension suivante.

Quant au facteur 2, il montre l'écart entre les deux préférences moyennes des dimensions pour les pa et les af. Ainsi, par exemple, tout près de l'origine, on trouve les dimensions qui ont le moins d'écart entre les deux préférences moyennes pour les dimensions **continuité** (CONT), **responsabilisation** (RESP) et **confort** (CONF). Elles ont des préférences très voisines; en fait, elles ont les mêmes rangs pour les pa et af (tableau XI, p. 69), et sont donc situées au voisinage de l'origine sur l'axe vertical (facteur 2). Plus l'écart entre les rangs des dimensions selon les évaluations des deux groupes est élevé, plus la dimension s'éloigne de l'origine du facteur 2 et cela dans la direction négative si le groupe des pa valorise plus une dimension que le groupe af, et dans la direction positive dans le cas contraire. Les deux «variables», PPA et PAF (les parangons des deux groupes de participants) sont représentées sur la figure 3 (p. 72) par des flèches et un cercle, dit le cercle des corrélations, indiquant bien dans quel sens se fait l'écart entre les deux préférences pour chaque dimension. La dimension **empathie** (EMPA), par exemple, est plus importante selon les pa que selon les af.

En résumé, l'analyse en composantes principales (ACP) nous montre (littéralement) la structure des préférences d'un groupe à l'autre. Le facteur 1 est un facteur dit de taille. Le facteur 2 est le facteur de différenciation des deux points de vue, celui des personnes âgées et celui des aidants familiaux. D'un seul regard, sans aucune considération numérique, de façon synthétique, on comprend les différences des deux points de vue.

#### *L'ACP-Q complète*

Ces considérations étant bien expliquées, il est possible de passer à la version plus complète de la ACP-Q qui, cette fois, n'utilisera pas les parangons mais les 20 participants (10 dyades) comme variables, et non plus les 12 dimensions agrégées mais les 36 indicateurs eux-mêmes comme unités statistiques. Les parangons seront cependant utilisés, non pas pour définir les composantes principales elles-mêmes, mais à des fins illustratives. C'est ainsi que les projections de ces éléments illustratifs dans les plans

factoriels décriront visuellement les liens entre les indicateurs de définition des composantes et les deux types de sujets que représentent les parangons. Nous pourrions alors donner une interprétation plus complète des facteurs qui sera toutefois, essentiellement quantitativement la même que pour la première ACP. Nous argumenterons à partir des tableaux numériques obtenus de la ACP-Q.

Le tableau XII (p. 75) qui suit présente les coordonnées qui ont servi pour l'élaboration des cartes factorielles, ainsi qu'à la détermination du sens à donner aux diverses composantes. La somme en colonne des contributions sur chaque facteur donnent 100%. Les cosinus carrés sont les carrés des corrélations entre les indicateurs et les facteurs, dont la somme en ligne sur tous les facteurs, pas seulement les 5 premiers comme ici, donne 1. Nous pourrions produire les cartes factorielles associées à cette analyse, mais la grande quantité des éléments rendrait la géométrie illisible. C'est d'ailleurs toujours essentiellement celle de la Figure 3 (p. 72).

En réalité, le processus de moyennage ayant conduit aux deux parangons, issus des deux groupes de 10 af et 10 pa, et aux 12 dimensions regroupant les 36 indicateurs a permis, grâce à une ACP-Q, de simplifier les représentations pour voir la forêt plutôt que les arbres (figure 2, p. 65). Nous étions alors en dimension 2, nous passons maintenant en dimension 20.

D'après le critère des valeurs propres supérieures à l'unité que donne habituellement les ACP pour le nombre de dimensions significatives à retenir, nous devrions examiner, pour un sens à donner, les 7 premiers facteurs. Ce qui est quasi impossible. Pratiquement, en ACP, on se limite aux deux ou trois premiers facteurs. McKeown et Thomas (1988), de même que Brown (1986), grands avocats des méthodologies-Q, ne vont pas au delà de trois facteurs.

Tableau XII

Analyse en composantes principales globale construite sur les 36 indicateurs et les 20 sujets

(a) Coordonnées, contributions et cosinus carrés des individus (facteurs 1 à 5)

INDIVIDUS			COORDONNEES					CONTRIBUTIONS					COSINUS CARRÉS				
IDENTIFICATEUR	P.REL	DISTO	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
I11	2.78	15.58	1.11	0.17	2.66	0.44	0.99	0.8	0.0	10.3	0.3	1.8	0.08	0.00	0.46	0.01	0.06
I14	2.78	11.01	1.17	1.03	0.69	-0.92	0.66	0.9	1.1	0.7	1.3	0.8	0.12	0.10	0.04	0.08	0.04
I27	2.78	20.69	-0.06	2.26	0.47	-1.71	2.09	0.0	5.2	0.3	4.5	8.2	0.00	0.25	0.01	0.14	0.21
<b>DIGN</b>																	
I32	2.78	22.03	-0.45	-2.27	2.87	0.07	-2.05	0.1	5.3	12.0	0.0	7.8	0.01	0.23	0.37	0.00	0.19
I44	2.78	20.42	-0.15	0.99	-1.75	-1.51	-2.83	0.0	1.0	4.5	3.5	14.9	0.00	0.05	0.15	0.11	0.39
I59	2.78	15.58	1.73	-0.27	-0.94	0.58	0.98	2.0	0.1	1.3	0.5	1.8	0.19	0.00	0.06	0.02	0.06
<b>INTI</b>																	
I63	2.78	21.49	1.17	-2.15	-0.54	1.10	0.70	0.9	4.7	0.4	1.9	0.9	0.06	0.22	0.01	0.06	0.02
I67	2.78	18.27	-0.65	-0.07	-2.79	1.86	-0.25	0.3	0.0	11.3	5.4	0.1	0.02	0.00	0.43	0.19	0.00
I74	2.78	13.97	-2.09	1.50	-0.82	-0.49	-1.19	2.8	2.3	1.0	0.4	2.6	0.31	0.16	0.05	0.02	0.10
<b>EMPA</b>																	
I85	2.78	27.94	3.84	0.41	1.41	-0.55	1.77	9.6	0.2	2.9	0.5	5.8	0.53	0.01	0.07	0.01	0.11
I92	2.78	48.36	-4.89	-2.62	-1.12	-1.65	1.85	15.6	7.0	1.8	4.2	6.4	0.49	0.14	0.03	0.06	0.07
I135	2.78	23.91	0.24	3.70	-1.45	0.35	0.79	0.0	13.9	3.1	0.2	1.2	0.00	0.57	0.09	0.01	0.03
<b>FIAB</b>																	
I160	2.78	16.93	1.17	-0.96	0.81	1.42	2.02	0.9	0.9	0.9	3.1	7.6	0.08	0.05	0.04	0.12	0.24
I165	2.78	12.36	0.06	1.49	-0.90	-0.70	-0.90	0.0	2.2	1.2	0.7	1.5	0.00	0.18	0.07	0.04	0.07
I184	2.78	9.40	1.06	1.74	-0.01	-0.61	-0.69	0.7	3.1	0.0	0.6	0.9	0.12	0.32	0.00	0.04	0.05
<b>RESP</b>																	
I196	2.78	21.22	0.21	2.57	2.35	0.08	1.01	0.0	6.7	8.0	0.0	1.9	0.00	0.31	0.26	0.00	0.05
I197	2.78	6.99	1.00	0.94	-0.53	-0.52	0.38	0.7	0.9	0.4	0.4	0.3	0.14	0.13	0.04	0.04	0.02
I203	2.78	22.84	-3.48	1.23	1.38	-0.38	-0.07	7.9	1.5	2.8	0.2	0.0	0.53	0.07	0.08	0.01	0.00
<b>APAI</b>																	
I205	2.78	38.15	5.39	-0.51	-1.07	-0.78	-1.76	18.9	0.3	1.7	0.9	5.8	0.76	0.01	0.03	0.02	0.08
I208	2.78	29.28	0.22	-0.06	-2.71	3.21	0.54	0.0	0.0	10.7	15.9	0.5	0.00	0.00	0.25	0.35	0.01
I210	2.78	19.07	2.51	-1.73	-0.34	-1.77	-1.37	4.1	3.1	0.2	4.9	3.5	0.33	0.16	0.01	0.16	0.10
<b>SOLI</b>																	
I244	2.78	17.46	1.04	-2.73	1.30	0.96	0.20	0.7	7.6	2.5	1.4	0.1	0.06	0.43	0.10	0.05	0.00
I247	2.78	11.82	0.99	1.66	0.72	-1.61	-0.36	0.6	2.8	0.7	4.0	0.2	0.08	0.23	0.04	0.22	0.01
I262	2.78	12.09	0.25	0.47	1.56	0.91	-0.68	0.0	0.2	3.5	1.3	0.9	0.01	0.02	0.20	0.07	0.04
<b>FACI</b>																	
I275	2.78	16.66	-1.14	-0.71	-1.16	0.37	0.62	0.8	0.5	1.9	0.2	0.7	0.08	0.03	0.08	0.01	0.02
I279	2.78	11.01	-0.44	0.40	-1.88	-1.37	0.59	0.1	0.2	5.1	2.9	0.7	0.02	0.01	0.32	0.17	0.03
I286	2.78	13.43	0.54	1.98	-0.70	1.56	-1.09	0.2	4.0	0.7	3.7	2.2	0.02	0.29	0.04	0.18	0.09
<b>CONT</b>																	
I298	2.78	22.57	-0.73	-1.38	0.85	-0.35	-0.73	0.3	1.9	1.1	0.2	1.0	0.02	0.08	0.03	0.01	0.02
I304	2.78	25.25	-0.89	-3.39	-0.39	-0.90	0.53	0.5	11.7	0.2	1.3	0.5	0.03	0.46	0.01	0.03	0.01
I311	2.78	25.52	2.94	-1.95	-0.56	-0.66	0.09	5.6	3.9	0.4	0.7	0.0	0.34	0.15	0.01	0.02	0.00
<b>ACCE</b>																	
I321	2.78	23.91	-2.43	-1.39	-0.94	-3.12	1.31	3.8	2.0	1.3	15.0	3.2	0.25	0.08	0.04	0.41	0.07
I324	2.78	12.36	-0.70	-1.81	0.00	1.23	-1.01	0.3	3.3	0.0	2.3	1.9	0.04	0.27	0.00	0.12	0.08
I327	2.78	33.31	-4.49	0.30	1.38	0.29	-2.52	13.1	0.1	2.8	0.1	11.8	0.61	0.00	0.06	0.00	0.19
<b>RAPI</b>																	
I346	2.78	16.12	0.39	-0.16	1.46	1.14	-0.74	0.1	0.0	3.1	2.0	1.0	0.01	0.00	0.13	0.08	0.03
I348	2.78	23.91	-3.05	1.51	0.85	1.03	0.75	6.1	2.3	1.0	1.6	1.1	0.39	0.09	0.03	0.04	0.02
I349	2.78	19.07	-1.39	-0.16	-0.17	2.99	0.36	1.3	0.0	0.0	13.8	0.2	0.10	0.00	0.00	0.47	0.01
<b>CONF</b>																	

Tableau XII (suite)

Analyse en composantes principales globale construite sur les 36 indicateurs et les 20 sujets

(b) En variables illustratives, on a considéré les deux parangons:  
PPA pour les PA, et PAF pour les AF. Leurs coordonnées qui correspondent aux  
corrélations avec les facteurs sur les 5 facteurs.

( VARIABLES ILLUSTRATIVES : Les parangons des sujets, PPA pour les PA, PAF pour les AF

VARIABLES	COORDONNEES					CORRELATIONS VARIABLE-FACTEUR				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
IDEN - LIBELLE COURT										
PPA - PPA	-0.76	-0.48	0.07	-0.20	-0.17	-0.76	-0.48	0.07	-0.20	-0.17
PAF - PAF	-0.92	0.17	0.04	0.01	0.20	-0.92	0.17	0.04	0.01	0.20

Ces interprétations reposent en partie sur les contributions des unités statistiques, les indicateurs, à la détermination de chacun des facteurs. On constate au tableau XI (p. 69) que la somme des contributions, donnée ici en pourcentage, pour les 36 unités statistiques donne 100, tel qu'indiqué plus haut. On ne considérera d'abord pour chaque facteur (colonne) que les quelques deux ou trois indicateurs dont les contributions sont les plus élevées. Par exemple, pour le premier facteur, les indicateurs ayant la contribution la plus élevée sont: I92 (Qu'il y ait suffisamment d'intervenants (infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleuses sociales, diététistes, médecins) au service de soutien à domicile pour répondre aux besoins de l'aidant familial), I205 (Que l'intervenante mette la personne âgée en contact avec d'autres personnes ou associations de personnes qui ont vécu des problèmes similaires au sien) et I327 (Que l'intervenante réponde promptement à la personne âgée qui vit une situation de crise). Les deux dernières appartiennent aux dimensions déjà identifiées plus haut pour le premier facteur, soit **fiabilité** (FIAB) et **rapidité** (RAPI). Mais la première apporte un élément nouveau par rapport à Figure 3 (p. 72), qui appartient à la dimension **fiabilité** (FIAB). Au tableau IX (Appendice Q), on a constaté que cet indicateur avait comme moyenne des préférences des valeurs parmi les plus élevées des deux groupes, mais que les deux autres indicateurs de la dimension **fiabilité** (FIAB) avaient des préférences beaucoup plus faibles, obscurcissant ainsi son rôle dans l'ensemble. C'est parfois le problème des variables agrégées ou moyennées.

On considérera de plus, pour chacun des indicateurs retenus, sa situation, c'est-à-dire la coordonnée sur le facteur. Cela va nous donner une structure d'opposition sur le facteur: d'un côté, les moins importantes selon les participants, soit plus ou moins liées à la **solidarisation** (SOLI) (coordonnées positives), de l'autre, les plus importantes liées, elles, à la **rapidité** (RAPI) (coordonnées négatives). Le détail sera décortiqué à la section suivante.

En examinant d'abord les trois indicateurs ayant les contributions les plus importantes et ensuite en notant leur situation sur le facteur, puis en ajoutant les quelques autres indicateurs avec les contributions suivantes les plus importantes par ordre décroissant, toujours en les situant par coordonnées croissantes, on devrait pouvoir arriver à trouver un sens, dire une interprétation, pour chacun des facteurs.

Il s'agit, comme le conseille Steven R. Brown (1986) de «*see more, hear more, feel more*». Quel sens donc donner au facteur lorsqu'on contemple suffisamment ces quelques indicateurs? Qu'est-ce qui les relie et les oppose? À vrai dire, il faut aussi considérer les indicateurs qui définissent (fortes contributions) les facteurs 1 à 5, en relation entre eux (relations inter et intra).

#### *Identification des facteurs*

Tel que mentionné plus haut, nous rapportons maintenant les indicateurs dont les coordonnées figurent au tableau XII (p. 75) qui contribuent le plus à la définition des facteurs et ce, par ordre croissant des coordonnées sur le premier facteur. Il faut aussi savoir s'arrêter dans cet examen des facteurs. La règle empirique qui veut que toute valeur propre supérieure à l'unité pourrait être significative ne saurait être utilisée mécaniquement. Ici, on s'est plutôt arrêté à cinq, encore que ce nombre peut paraître un peu optimiste avec le petit nombre de participants. Il est d'ailleurs un peu étonnant qu'on puisse se rendre jusque là. Peut-être s'agit-il là d'un des effets de la méthode-Q libre-forcé de faire juger les indicateurs par les pa et af.

L'analyse des composantes principales nous a permis d'identifier cinq facteurs dont les coordonnées sont précisées dans le tableau XIII (p. 78). Pour chaque facteur, les indicateurs dont les coordonnées sont les plus élevées en valeur absolue, contribuent le

plus à la définition de la composante principale, c'est-à-dire le facteur. Soulignons aussi que les facteurs sont statistiquement indépendants les uns des autres.

Dans le tableau XII (p. 75), les coordonnées sont celles qui servent pour les cartes factorielles. La somme (en colonne) des contributions sur chaque facteur donne 100%. Les cosinus carrés sont les carrés des corrélations entre les indicateurs et les facteurs, dont la somme en ligne sur tous les facteurs pas seulement les cinq premiers comme ici, donne 1. Ces corrélations n'ont pas vraiment d'intérêt ici. On sépare les diverses dimensions par un trait plein horizontal.

Tableau XIII

Coordonnées, contributions et cosinus carrés des individus actifs (facteurs 1 à 5)

VARIABLES		COORDONNEES					CORRELATIONS VARIABLE-FACTEUR					ANCIENS AXES UNITAIRES				
IDEN	LIBELLE COURT	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
pa1	- pa1	-0.05	-0.68	0.08	0.23	-0.41	-0.05	-0.68	0.08	0.23	-0.41	-0.03	-0.41	0.06	0.17	-0.34
pa2	- pa2	-0.71	-0.24	0.34	-0.09	0.01	-0.71	-0.24	0.34	-0.09	0.01	-0.34	-0.15	0.25	-0.07	0.01
pa3	- pa3	-0.52	-0.40	-0.23	0.15	-0.24	-0.52	-0.40	-0.23	0.15	-0.24	-0.25	-0.24	-0.17	0.11	-0.20
pa4	- pa4	-0.51	0.13	-0.48	0.36	0.30	-0.51	0.13	-0.48	0.36	0.30	-0.25	0.08	-0.35	0.27	0.25
pa5	- pa5	-0.52	-0.31	0.05	0.13	-0.04	-0.52	-0.31	0.05	0.13	-0.04	-0.25	-0.19	0.04	0.10	-0.03
pa6	- pa6	-0.32	0.23	-0.09	-0.37	-0.06	-0.32	0.23	-0.09	-0.37	-0.06	-0.16	0.14	-0.06	-0.28	-0.05
pa7	- pa7	-0.42	-0.08	-0.22	-0.19	-0.56	-0.42	-0.08	-0.22	-0.19	-0.56	-0.20	-0.05	-0.16	-0.14	-0.46
pa8	- pa8	-0.25	-0.14	0.40	-0.65	0.22	-0.25	-0.14	0.40	-0.65	0.22	-0.12	-0.09	0.29	-0.48	0.18
pa9	- pa9	0.04	-0.49	-0.11	-0.51	-0.11	0.04	-0.49	-0.11	-0.51	-0.11	0.02	-0.30	-0.08	-0.38	-0.09
pa10	- pa10	-0.26	-0.25	0.58	-0.01	0.12	-0.26	-0.25	0.58	-0.01	0.12	-0.13	-0.15	0.42	-0.01	0.10
af1	- af1	-0.34	-0.44	-0.31	0.23	0.29	-0.34	-0.44	-0.31	0.23	0.29	-0.17	-0.27	-0.22	0.17	0.24
af2	- af2	-0.72	0.16	-0.02	-0.39	-0.06	-0.72	0.16	-0.02	-0.39	-0.06	-0.35	0.09	-0.01	-0.29	-0.05
af3	- af3	-0.04	0.45	0.48	-0.13	-0.14	-0.04	0.45	0.48	-0.13	-0.14	-0.02	0.27	0.35	-0.10	-0.12
af4	- af4	-0.49	-0.09	0.40	0.49	0.11	-0.49	-0.09	0.40	0.49	0.11	-0.24	-0.05	0.29	0.36	0.09
af5	- af5	-0.25	-0.27	0.34	0.09	0.61	-0.25	-0.27	0.34	0.09	0.61	-0.12	-0.16	0.25	0.06	0.50
af6	- af6	-0.71	0.31	0.10	0.21	-0.21	-0.71	0.31	0.10	0.21	-0.21	-0.34	0.19	0.07	0.16	-0.17
af7	- af7	-0.27	0.03	-0.54	-0.38	0.48	-0.27	0.03	-0.54	-0.38	0.48	-0.13	0.02	-0.39	-0.29	0.40
af8	- af8	-0.54	-0.50	-0.17	-0.15	-0.04	-0.54	-0.50	-0.17	-0.15	-0.04	-0.26	-0.30	-0.12	-0.11	-0.03
af9	- af9	-0.63	0.55	-0.03	-0.05	-0.02	-0.63	0.55	-0.03	-0.05	-0.02	-0.31	0.33	-0.02	-0.04	-0.02
af10	- af10	-0.58	0.64	-0.06	0.15	-0.05	-0.58	0.64	-0.06	0.15	-0.05	-0.28	0.39	-0.04	0.11	-0.04

Le facteur 1 dénote la sécurité et se construit sur les indicateurs suivants:

- Fiabilité I92 (-4.89; -2.62; -1.12; -1.65; 1.85): Qu'il y ait suffisamment d'intervenants (...) au service du maintien à domicile pour répondre aux besoins de l'af.
- Rapidité I327 (-4.5; 0.3; 1.4; 0.3; -2.5): Que l'intervenante réponde promptement à la personne âgée qui vit une situation de crise.
- Apaisement I203 (-3.48; 1.23; 1.38; -0.38; -0.07): Que la personne âgée se sente en sécurité.



- Fiabilité I85 (**3.84**; 1.41; -0.56; 1.8): Que la personne âgée connaisse le nom de la personne du CLSC à contacter pour faire des commentaires ou une plainte.
- Solidarisation I205 (**5.39**; -0.5; 1.7; -0.8; -1.7): Que l'intervenante mette la personne âgée en contact avec d'autres personnes ou associations de personnes qui ont vécu des problèmes similaires au sien.

Ce qui concerne la dimension **solidarisation** n'est pas très important aux yeux conjointement des pa et des af. En revanche, les indicateurs se rapportant à la **disponibilité des intervenants** et à leur **rapidité** d'intervention en cas de besoins ou de crise sont hautement et conjointement valorisés.

Dans une démarche similaire pour le facteur 2, on définit l'offre des services qui se fonde sur les indicateurs suivants:

- Accessibilité I304 (-0.89; **-3.39**; -0.39; -0.90; 0.53): Que le service de maintien à domicile ait une équipe de psychogériatrie qui se déplace au domicile de la pa.
- Facilité I244 (1.04; **-2.73**; 1.30; 0.96; 0.20): Que le service de maintien à domicile développe des programmes de soutien et d'accompagnement destinés spécifiquement à l'af.
- Fiabilité I92 (-4.89; **-2.62**; -1.12; -1.65; 1.85): Qu'il y ait suffisamment d'intervenants (...) au service de maintien à domicile pour répondre aux besoins de l'af.
- Apaisement I196 (0.21; **2.57**; 2.35; 0.08; 1.01): Que la personne âgée soit informée du congé du maintien à domicile (c'est à dire de la fin des services) dans un délai acceptable.
- Fiabilité I135 (0.24; **3.70**; -1.45; 0.35; 0.79): Que les obstacles qui empêchent la pa d'avoir accès aux services soient cernés et éliminés.

Du côté négatif de ce facteur, on trouve des préférences plus élevées pour les pa que pour les af. Les indicateurs qui constituent plus substantiellement cette partie du facteur, sont les I304 et I244. La partie positive de ce facteur, là où les préférences sont plus élevées pour les af que pour les pa, expriment des besoins de façon plus abstraite.

Pour le facteur 3, l'interaction, on procède comme pour les deux premiers facteurs pour l'identification des indicateurs définitionnels.

- Empathie I67 (-0.65; -0.07; **-2.79**; 1.86; -0.25): Que la pa ait la possibilité de confier ses problèmes ou préoccupations à une intervenante.
- Solidarisation I208 (0.22; 0.06; **-2.71**; 3.21; 0.54): Que la pa ait accès aux ressources de soutien à domicile tels que le répit, la présence - surveillance, le centre de jour.
- Apaisement I196 (0.21; 2.57; **2.35**; 0.08; 1.01): Que la pa soit informée du congé du maintien à domicile (c'est à dire de la fin des services) dans un délai acceptable.
- Dignité I11 (1.11; 0.17; **2.66**; 0.44; 0.99): Que lors du premier contact avec l'af, l'intervenante se présente (nom, titre, rôle).
- Intimité I32 (-0.45; -2.27; **2.87**; 0.07; -2.05): Que la personne âgée puisse avoir la possibilité de choisir un employé du sexe de son choix pour les soins d'hygiène ou soins intimes.

Sur cet axe, les parangons n'ont pas de composantes. La partie positive de ce facteur relève plus spécifiquement et plus concrètement des demandes de la pa (légèrement) que celles des af.

Le facteur 4, l'aspect technique, se compose des indicateurs suivants:

- Rapidité I321 (-2.43; -1.39; -0.94; **-3.12**; 1.31): Qu'aussitôt que la pa en a besoin, elle ait accès à de l'équipement spécialisé et adapté.
- Confort I349 (-1.39; -0.16; -0.17; **2.99**; 0.36): Que l'af apprenne à utiliser les médicaments auprès de la personne âgée de façon sécuritaire.
- Solidarisation I208 (0.22; 0.06; -2.71; **3.21**; 0.54): Que la pa ait accès aux ressources de soutien à domicile tel que le répit, la présence - surveillance, le centre de jour.

On ne trouve presque aucun autre indicateur qui «construit» ce facteur. Et on note aussi que l'indicateur I208 apparaît aussi dans la construction du facteur 3.

Le facteur 5 se rapporte à l'optimisation. Il regroupe les indicateurs suivants:

- Intimité I44 (0.15; 0.99; -1.75; -1.51; **-2.83**): Que les besoins de la pa soient évalués en tenant compte de la négligence et des mauvais traitements, en cours ou passés, à son égard.
- Rapidité I327 (-4.49; 0.30; 1.38; 0.29; **-2.52**): Que l'intervenante réponde promptement à la personne âgée qui vit une situation de crise.
- Responsabilisation I160 (1.17; -0.96; 0.81; 1.42; **2.02**): Que l'af participe, par ses commentaires, à l'évaluation du personnel fournissant les services directs à domicile.

En résumé, l'analyse en composantes principales identifie la structure des préférences des personnes âgées et des aidants familiaux permettant de conclure que leurs perspectives ne sont pas semblables. De plus, l'analyse plus complète de l'ACP-Q résume l'ensemble de l'information des résultats de l'étude en faisant ressortir cinq facteurs identifiés comme suit: la sécurité, l'offre, l'interaction, l'aspect technique et l'optimisation.

#### *Les oppositions af et pa sur les cinq facteurs*

Ces éléments proviennent du Tableau XII(b) (p. 76). En premier lieu, rappelons que l'ACP-Q de la Figure 2 (p. 65) a illustré, avec une définition réduite et simplifiée par moyennage, les principaux résultats issus de l'analyse de préférences des dyades. Sur le facteur 2, on a une opposition des vues des pa et des af, alors que le facteur 1 est un facteur de taille, i.e. où les préférences moyennes de tous les sujets sont présentés par ordre décroissant de gauche à droite.

Avec l'ACP globale, où on a utilisé les parangons en variables supplémentaires, on constate une opposition semblable entre les valeurs des pa et celles des af sur le facteur 5, mais relativement moins intense que pour le facteur 2. Cela signifie, en considérant les positions respectives des indicateurs et des parangons, que les besoins et perspectives sur les indicateurs des uns ne sont pas ceux et celles des autres. Quant au facteur 4, on constate que les af n'y ont aucune composante (ou corrélation), et donc que ce facteur est essentiellement le fait des pa, ce que l'on a explicité davantage lors de son

examen particulier. Le facteur 3, lui, ne semble représenter particulièrement ni les pa ni les af, du moins pour leurs parangons. Ce facteur expliquant tout de même une bonne partie de la variabilité totale des données, cela provient bien du fait de certains individus interrogés (voir le Tableau XIII, p. 78), et non d'un quelconque comportement moyen qui définit les parangons.

#### *Conclusion sommaire des ACP-Q*

En résumé, les ACP-Q ont permis, dans leur version simplifiée par moyennage, de visualiser (Figure3, p. 72) le Tableau XI (p. 69), où les oppositions entre les besoins des af et des pa furent mises numériquement en évidence. Dans la version globale de l'ACP-Q, ces besoins respectifs furent précisément rapportés aux indicateurs et montrent que 5 dimensions ou composantes principales suffisent probablement à décrire et à montrer les différences entre les pa et les af.

*CHAPITRE CINQUIÈME – LA DISCUSSION*

Ce dernier chapitre aborde la discussion des résultats obtenus, à savoir l'importance accordée à des indicateurs de satisfaction des services de soutien à domicile par les utilisateurs, c'est-à-dire les personnes âgées et les aidants familiaux. De façon successive, les points suivants sont discutés soit: l'authenticité des résultats ainsi que leur signification, les limites de l'étude puis des recommandations pour la recherche, la pratique infirmière et la gestion sont formulées.

### **Discussion sur la méthode**

Cette partie du texte examine le choix du cadre de référence, les éléments de la méthodologie, la sélection des participants, la collecte des données et les analyses statistiques.

Le cadre de référence proposé est celui du concept de service retenu par la Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre et qui est à la base de leur programme d'amélioration continue de la qualité des services de santé et de la satisfaction des usagers depuis 1994. Des évaluations de la satisfaction de la clientèle ont d'ailleurs été réalisées en 1994, 1997 et 2000 à partir de ce même cadre de référence. Il semblait donc pertinent à la chercheuse de choisir ce concept dans une étude portant sur les services de soutien à domicile qui font partie intégrante des services de santé et des services sociaux. Les résultats obtenus pourraient être comparés aux données déjà disponibles.

Quant à la méthodologie Q, elle s'est avérée une approche intéressante pour la recherche infirmière auprès des clients malgré sa complexité et la longueur du processus. D'abord, l'identification d'un bassin d'indicateurs de satisfaction représentant le domaine à l'étude était quasi une étude en soi. La sélection et la formulation de 350 indicateurs a toutefois permis à la chercheuse d'acquérir une certaine aisance à les repérer et à les regrouper pour cerner un phénomène. Le bassin initial de propositions devrait typiquement être trois fois le nombre final de la série Q ( $36 \times 3 = 108$ ) (Stainton-Rogers, 1991). La chercheuse a donc ajouté largement au bassin. Les indicateurs ont été identifiés à partir d'une variété de sources. Compte tenu du temps alloué à la recherche, c'est la méthode de choix pour cette étape de l'étude. Par contre, là où le temps le permet ou peut-être au cours d'études doctorales, des énoncés pourraient provenir d'entrevues individuelles ou de groupes sur le phénomène à l'étude (Brown, 1996).

Suite à leur identification, les indicateurs ont été affectés à 12 dimensions du cadre de référence par la chercheuse, en collaboration avec son directeur. Le processus a été laborieux et complexe puisqu'on devait vérifier chaque indicateur des 12 dimensions avant de l'assigner à l'une en particulier.

Dans la deuxième étape, la vérification de la représentativité des indicateurs, trois expertes ont été sollicitées pour juger de la clarté et de la pertinence des indicateurs (validité de contenu). Le choix d'expertes non-académiques, engagées auprès de personnes âgées et d'aidants familiaux se voulait en congruence avec l'approche adoptant la perspective de l'utilisateur. Pour cette raison, cette option dans le choix d'experts a été retenue d'autant plus qu'elle a contribué à l'originalité de l'étude.

La chercheuse a sous-estimé le temps nécessaire aux expertes pour porter un jugement sur 350 indicateurs et une extension d'une semaine fut accordée. Cette requête a été interprétée par la chercheuse comme un signe de rigueur et de responsabilité de la part des expertes.

Le choix d'éliminer plutôt que réviser les indicateurs n'atteignant pas le seuil minimal de validité prévu s'est avéré un choix judicieux. Par contre, le nombre d'indicateurs dans les dimensions apaisement et continuité auraient peut-être mérité d'être révisé afin d'en augmenter le choix possible d'énoncés.

#### *Sélection de participants*

Un CLSC a accepté d'emblée d'accueillir le projet de recherche malgré le fait que l'ensemble des CLSC de la région de Montréal ait été approché. La plupart des CLSC se disaient en processus de restructuration ou participaient déjà à des projets de recherche.

La sélection des participants, 10 dyades de personnes âgées – aidants familiaux, s'est effectuée par les intervenantes du service de soutien à domicile notamment les infirmières, selon les critères émis par la chercheuse. Selon McKeown et al. (1988), le nombre de participants est dans les valeurs acceptables. Le processus de sollicitation a été long et plusieurs personnes ont refusé de participer à l'étude. On doit se questionner ici à savoir si les personnes qui ont refusé de participer auraient eu une perspective semblable ou différente de celles qui ont accepté. Le fait de participer introduit-il d'emblée un biais? Il est à noter aussi que six des 10 aidants sont des hommes alors que dans les écrits, la majorité des aidants sont habituellement des femmes.

### *La collecte des données*

La collecte des données s'est effectuée par la chercheuse au domicile des répondants; elle s'est étendue sur une période de trois mois et demi à partir du mois de juillet 2001. Elle s'est effectuée dans le temps prévu, environ une heure, pour l'ensemble des participants, sauf exception. Tous les participants ont trouvé intéressante la méthode de tri et de classification. Sans exception, les participants ont commenté la pertinence des indicateurs confirmant officieusement leur validité quant au domaine à l'étude. La classification s'est faite telle que prévue avec beaucoup de concentration et d'enthousiasme de la part des personnes âgées et des aidants familiaux. Le processus a été apprécié pour son originalité par l'ensemble des participants quoique trois personnes âgées plus fragiles semblaient fatiguées à la fin de l'exercice. Ainsi, choisir de présenter 36 indicateurs et pas davantage s'est avéré justifié.

Le fait que la chercheuse ait communiqué verbalement les directives aux participants semble avoir répondu à leurs attentes. La chercheuse est aussi restée sur les lieux lors de la collecte de données permettant aux participants de poser des questions et d'être rassurés que l'exercice se faisait de façon correcte. Cette présence a-t-elle eu un impact sur l'exécution de l'exercice?

Les critères d'inclusion et d'exclusion à l'étude déterminait un profil particulier de participants. On peut penser que les résultats auraient été différents si les critères avaient été modifiés, par exemple, si une autre culture avait été sollicitée ou s'il y avait eu absence de cohabitation.

### *L'analyse des données*

L'analyse des données s'est effectuée par un statisticien méthodologiste au moyen de deux logiciels, soit Statistica et le Système Portable d'Analyses de Données (SPAD). D'abord les analyses de rang ont été réalisées à partir de tau de Kendall. Cela a permis l'ordonnement des dimensions par ordre croissant d'importance, établissant ainsi une différence entre les perspectives des personnes âgées et des aidants familiaux. Les résultats ont été validés par les tests habituels. Puis, les analyses en composantes principales ont fait ressortir cinq facteurs auxquels la chercheuse a donné une signification: il s'agit de la sécurité, de l'offre, de l'interaction, de l'aspect technique et de l'optimalité. Le nombre de facteurs est élevé compte tenu du petit nombre de participants. À cet effet, on pourrait questionner l'impact du choix libre-forcé sur la classification des indicateurs. De plus, la signification donnée aux facteurs, suite à



s'expliquer par le fait que les personnes âgées considèrent les démarches complexes, certains services étant offerts à l'extérieur du domicile avec les problèmes d'organisation qui en découlent tels que les escaliers, le transport, l'accompagnement. On peut penser que l'énergie de base est nécessaire à surmonter le quotidien ou que la relation aidé - aidant est suffisante ou sécuritaire. Il se peut que ceci ne réponde pas à un besoin fondamental ou encore qu'il y a crainte de perdre le soutien de l'aidant familial.

En regard des aidants familiaux, leur réticence à utiliser les services de soutien est signalée dans certains écrits (Paquet, 1999). Ce groupe pourrait ressentir qu'aucun autre peut donner la même qualité d'aide à la personne âgée ou que l'utilisation des services formels implique en quelque sorte une atteinte au sentiment de compétence dans leur rôle d'aidant. Même si le répit peut répondre à certains besoins des aidants, il est possible que la quantité et la durée en soient insuffisantes (Paquet, Guillemette & Richard, 1999). Aussi, le seul fait de savoir que le soutien est disponible sans nécessairement y avoir recours est peut-être suffisant (Petit, 2002).

La dimension rapidité des services est classée dans le secteur organisationnel et comprend les indicateurs 321, 324 et 327. C'est d'ailleurs ce dernier indicateur I327 (la gestion rapide des situations de crise) qui l'emporte en importance dans les deux groupes sur tous les autres indicateurs quelle que soit la dimension. Dans cette perspective, en 1999-2000, 20% des plaintes fondées (1091) reçues à la Régie Régionale de Montréal-Centre (2001) concernent la rapidité des services et sont en augmentation. Les résultats, selon les cliniciennes, pourraient s'expliquer par le fait que, pour les personnes âgées, le mode de vie est déjà précaire et la marge de manœuvre restreinte pour maintenir l'autonomie. La réponse rapide à un besoin grandissant ou à un nouveau besoin pourrait éviter une escalade de la situation pouvant porter préjudice à leur intégrité physique, allant même jusqu'à une hospitalisation ou un hébergement.

L'impact du délai peut aussi se ressentir au niveau des aidants familiaux. En effet, les aidants peuvent eux-mêmes être dans une situation de stress en réaction à «l'état de crise» de la personne âgée. Sans compter les conséquences néfastes pour la personne âgée, l'aidant peut anticiper une augmentation de ses tâches si tel était le cas. Lorsque l'aidant demande un service, c'est parce qu'il ne peut plus faire autrement: selon Paquet (1999), il est rendu à la limite acceptable de la situation de prise en charge, il est épuisé et peut lui-même être en situation de crise. Aussi, de part et d'autre, des expériences passées, dont les conséquences dramatiques ont

été liées à un délai dans la réponse des services, pourraient influencer le degré d'importance accordée à cette dimension.

La responsabilisation est la troisième dimension sur laquelle les membres de la dyade s'entendent. Elle relève du secteur professionnel et comprend les indicateurs 160, 165 et 164. Elle occupe un rang mitoyen parmi les douze dimensions. Ce résultat est comparable à ceux obtenus en 1994 (Groupe Secor, 1994) et en l'an 2000 (Régie Régionale, 2001). Pour la personne âgée, la participation est peut-être moins impérative que souhaitée en raison de ses limites physiques. Aussi, ce choix est potentiellement lié au rôle passif de la personne âgée, c'est-à-dire un rôle de dépendance face aux professionnels de la santé à qui elle fait confiance. Le niveau de participation de l'aidant reflète peut-être le fait qu'il n'a pas vécu des problèmes de services, que les services reçus répondent aux besoins.

La personne âgée et l'aidant familial peuvent aussi penser que ceci relève du rôle de l'intervenante. On pourrait proposer l'hypothèse que ces utilisateurs voient les limites du système, et donc n'en demandent pas plus. Il faut aussi se questionner à savoir jusqu'à quel point les intervenantes découragent de hauts niveaux de participation compte tenu des contraintes dans le réseau, et ce afin de ne pas créer de faux espoirs. On peut aussi se demander si ces résultats sont en lien avec la durée des services.

La quatrième dimension sur laquelle les deux groupes s'entendent est la continuité, relevant du secteur organisationnel, comprenant les indicateurs 275, 279 et 286. Elle se place au rang 7 qui est aussi considéré un rang mitoyen parmi les douze dimensions. Elle se place parmi les cinq dimensions les plus importantes alors qu'elle occupait le quatrième rang en 1994 (Groupe Secor, 1994). Des plaintes reçues à la Régie Régionale de Montréal-Centre (2001) en 1999-2000, 6% concernent cette dimension.

Ici, on pourrait soumettre l'hypothèse que la personne âgée perçoit l'intervenante comme ayant établi les liens nécessaires avec le réseau pour réaliser les interventions appropriées au maintien de son état de santé.

Pour l'aidant, les actions de l'intervenante pourraient donner l'assurance qu'il y aura continuité des services puisqu'on lui reconnaît un certain pouvoir et responsabilité dans le système de santé.

### *Divergence des préférences*

Il y a divergence des préférences entre les personnes âgées et les aidants familiaux dans les dimensions accessibilité, intimité, apaisement, fiabilité, dignité et empathie.

La dimension où l'on retrouve le plus grand écart des préférences entre pa et af est l'accessibilité (pa: rang 11; af: rang 3). L'importance de la préférence pour l'accessibilité par la personne âgée observée dans la présente étude rejoint la conclusion faite par Forbes (1994). L'accessibilité est comprise dans le secteur organisationnel et les indicateurs qui la définissent sont 298, 304 et 311. En 1994, l'accessibilité était au troisième rang (Groupe Secor, 1994). En 1999-2000, 1% des plaintes concernent cette dimension. On pourrait ici penser que la personne âgée voit un net avantage à exercer une influence sur les heures de services puisqu'elles pourraient ainsi mieux répondre à ses besoins, diminuant non seulement les inconvénients, par exemple la perturbation de sa routine, mais des conséquences sur son état de santé et le maintien dans son milieu naturel. La personne âgée pourrait aussi avoir des inquiétudes face à une perte de mémoire, la peur de perdre «ses facultés» anticipant peut-être une détérioration cognitive. Elle pourrait apprécier le service de psychogériatrie à même son domicile pour éviter le déplacement et peut-être pour profiter de la confidentialité. Quant au déplacement de l'aidant au CLSC, la personne âgée accorde peut-être une importance à ce que l'information transmise au CLSC puisse être personnalisée.

L'aidant familial accorde beaucoup moins d'importance à cette dimension. Il est peut-être plus flexible pour composer avec des perturbations de routine dans un temps plus restreint. L'assurance du service reçu est peut-être plus importante que le moment où il est donné. Y a-t-il ici aussi une peur d'épuiser les ressources? On pourrait croire qu'en regard de la psychogériatrie l'aidant est moins préoccupé au moment de la collecte des données par l'accès à ce service, compte tenu que la personne âgée dont il a la charge présente des problèmes de santé physique et non des troubles cognitifs. Il pourrait vouloir éviter aussi la stigmatisation de la personne âgée (Paquet, 1999). De plus, concernant le CLSC, l'aidant n'est peut-être pas actuellement confronté à des situations qui nécessitent un déplacement; l'accès à l'intervenante soit à domicile ou par téléphone est peut-être suffisant.

L'intimité (pa: rang 9, af: rang 2), regroupée dans le secteur relationnel, comprend les indicateurs 32, 44 et 59. En 1994, l'intimité était au septième rang (Groupe Secor, 1994).

Le nombre élevé de femmes âgées parmi les participants de l'étude pourrait influencer le résultat concernant le choix du sexe de l'employé en raison de leurs valeurs, par exemple la pudeur. En deuxième lieu, comme des mauvais traitements pourraient être subis par la personne âgée, il n'est pas surprenant que ceci l'interpelle beaucoup. Enfin, comme la personne âgée peut percevoir l'aidant comme défenseur de ses droits au moment présent et plus tard, elle souhaite donc s'assurer que les décisions la concernant seront prises par l'aidant.

Le peu d'importance accordée à cette dimension par l'aidant s'explique peut-être, en partie, par les données sociodémographiques puisque six des dix aidants de l'étude sont des hommes. De plus, ayant l'expérience d'au moins 6 mois, ils savent qu'en général ce sont des femmes qui effectuent les soins d'hygiène et que le problème se pose moins. L'aidant aussi ne reconnaît pas les mauvais traitements envers la personne âgée comme un souci puisque ce n'est pas lié à sa réalité. Enfin l'aidant se sent déjà peut-être en contrôle face au plan d'intervention, il fait confiance à l'intervenante, ou il pense que ce plan est au-delà de ses compétences. Il peut aussi croire que son degré de participation actuelle est suffisant ou pourrait même croire que ceci se traduirait par un surcroît de travail en plus d'une imputabilité quant à la planification des services. L'âge des aidants de l'étude pouvait aussi être un facteur influençant l'importance de la dimension puisque 6 des 10 aidants ont de 74 à 84 ans.

L'apaisement (pa: rang 4; af: rang 11), regroupé dans le secteur professionnel, comporte les indicateurs 196, 197 et 203. En 1994, cette dimension était classée au sixième rang (Groupe Secor, 1994).

Pour la personne âgée, il peut y avoir une certaine acceptation de la fin des services si elle y perçoit un signe d'amélioration de son état physique. Y aurait-il aussi une certaine résignation attribuable à son rôle passif? Sa préoccupation au sujet de la fin des services est aussi peut-être moins dramatique compte tenu que la relation avec l'aidant est sécuritaire, et qu'elle peut se fier à ce proche pour prendre la relève. Aussi, la reprise des services est toujours possible, le cas échéant. Pour l'aidant, l'importance accordée à cette dimension semble transmettre une réelle préoccupation. Les services à la personne âgée procurent sans doute des bénéfices pour l'aidant. L'aspect sécuritaire est source d'inquiétudes pour l'aidant surtout en raison d'une rechute possible de la personne âgée suite au congé des services de soutien à domicile. Le délai entre l'annonce et la fin des services pourrait aussi permettre à l'aidant un temps précieux pour

négocier une diminution des services plutôt qu'une fin. Le congé nécessite peut-être une réorganisation des activités de l'aidant.

La fiabilité (pa: rang 3; af: rang 10), regroupée dans le secteur professionnel, comprend les indicateurs 85, 92 et 135. En 1994, la fiabilité était au 11<sup>ième</sup> rang d'importance (Groupe Secor, 1994).

Les explications de ce résultat viennent peut-être du fait que la personne âgée se plaint peu ou pas de peur de représailles (Côté, 1996), même si elle reconnaît que les services sont peu satisfaisants ou inadéquats. Elle ne se reconnaît peut-être pas un rôle ou un pouvoir dans l'accès aux services pour l'aidant familial, et l'ampleur de ses besoins auxquels l'aidant doit répondre.

Pour l'aidant familial, on peut interpréter ses préférences élevées comme un indice qu'effectivement il n'y a pas suffisamment de services pour répondre à l'ensemble des besoins de la personne âgée et de l'aidant familial. Constaté que c'est la troisième dimension en importance pour l'aidant nous porte à questionner l'influence des critères sociodémographiques. En effet, la majorité des aidants sont des hommes qui sont peut-être plus revendicateurs dans leurs demandes de services (Paquet, 1999) pour la personne âgée et pour eux-mêmes. Les aidants peuvent aussi penser qu'un service répondant à leurs besoins bénéficie directement ou indirectement à la personne âgée. De plus, il est important de savoir à qui s'adresser au CLSC dans le cas où les services destinés principalement à la personne âgée sont insatisfaisants, puisque le maintien à domicile en dépend.

La dignité (pa: rang 2; af: rang 8), regroupée dans le secteur relationnel, comprend les indicateurs 11, 14 et 27. En 1994, la dignité était au rang 9 (Groupe Secor, 1994).

L'explication de ce résultat se retrouve peut-être dans le fait que le consentement est considéré comme implicite suite à la requête des services et au moment de leurs prestations. La personne âgée est peut-être portée à faire d'emblée confiance aux intervenantes. Le fait qu'en général, les personnes âgées reçoivent des services depuis plus d'un an, peut-il influencer l'importance accordée à la dignité? La relation entre la personne âgée et l'intervenante peut se modifier avec le temps et devenir plus amicale, moins professionnelle.

Les explications possibles de la perspective de l'aidant peuvent inclure la notion de respect dans l'approbation, l'information, le choix éclairé, éléments peut-être du rôle de l'aidant comme défenseur des droits de la personne âgée que les incapacités physiques rendent vulnérable. Est-ce que l'expérience du travail ou des expériences passées avec les services

auraient rendu les aidants plus revendicateurs ou plus conscients de cette dimension des services?

L'empathie (pa: rang 10, af: rang 6), un élément du secteur relationnel, comprend les indicateurs 63, 67 et 74. En 1994, l'empathie était la dimension la plus importante parmi les douze (Groupe Secor, 1994).

On peut penser que l'écoute et l'attention de la part de l'intervenante sont importantes pour la personne âgée: elle le perçoit ainsi pour l'aidant. La personne âgée souhaite une qualité dans la communication, et être bien comprise au niveau de ses difficultés quotidiennes. La qualité de la relation pourrait valoriser, soulager la personne âgée d'une certaine inquiétude et augmenter sa sécurité.

Peut-être que l'empathie est moins importante pour l'aidant familial puisqu'il se donne un rôle d'écoute auprès de la personne âgée. Cette écoute attentive par l'intervenante pourrait être perçue par l'aidant comme secondaire à la réponse aux besoins physiques de la personne âgée. Cet aspect de la relation est peut-être moins pragmatique. L'aidant a peut-être un réseau de soutien qui répond à ses besoins.

#### *Divergences peu significatives des préférences*

La facilité (pa: rang 6 et af: rang 4), associée au secteur organisationnel, comprend les indicateurs 244, 247 et 262. En 1994, la facilité est placée au cinquième rang (Groupe Secor, 1994). L'écart entre les deux groupes est minime.

Le rang de cette dimension pour la personne âgée est mitoyen, donc un peu neutre par rapport à l'ensemble. La personne âgée ne se perçoit peut-être pas comme une charge importante pour l'aidant, donc c'est moyennement important qu'il y ait développement de programmes. On pourrait aussi proposer que le fait que le service donné est déjà bien et que le quand et comment ils sont fournis demeurent secondaires. On peut aussi suggérer que l'aidant partage ce point de vue.

Le confort (pa: rang 8; af: rang 9), associé au secteur organisationnel, comprend les indicateurs 346, 348 et 349. En 1994, cette dimension se trouvait au 9<sup>ième</sup> rang (Groupe Secor, 1994). L'écart entre les deux groupes est minime et l'interprétation pourrait englober les deux perspectives. L'utilisation non sécuritaire des médicaments auprès de la personne âgée peut avoir des conséquences dramatiques puisque son intégrité physique pourrait être menacée. Le manque de connaissances dans l'administration des médicaments par l'aidant ou dans la prise de

médicaments par la personne âgée pourrait générer une inquiétude de part et d'autre. Finalement, la transmission d'informations sur la manipulation et l'élimination de matériel permettrait un environnement sécuritaire. Il y a donc une notion d'apprentissage et de prévention qui semblerait être importante à la fois pour la personne âgée et pour l'aidant familial.

En conclusion, plusieurs hypothèses pouvant expliquer les résultats de l'étude ont été suggérées et l'interprétation a été validée par deux infirmières-cliniciennes. Un constat primordial dans les résultats est à l'effet qu'il y a convergence des préférences des deux groupes sur la dimension la moins importante, la solidarisation, ainsi que sur la dimension la plus importante, la rapidité des services. Le résultat obtenu pour la dimension solidarisation est comparable aux résultats obtenus par le Groupe Secor en 1994 et aux résultats d'évaluations de la satisfaction effectués en l'an 2000 par la Régie Régionale des Services de Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre (2001).

### Signification accordée aux facteurs

La signification accordée aux facteurs ressortant de l'analyse en composantes principales est attribuée selon la perspective de la chercheure et dans l'esprit du concept de service servant comme cadre de référence à la présente étude. La signification accordée est en fonction des indicateurs dont les coordonnées les plus élevées contribuent à la définition de la composante principale, c'est-à-dire le facteur.

#### *Facteur 1 : la sécurité*

L'attribution du mot sécurité semblait correspondre à la structure des mots clés identifiés dans chacun des indicateurs.

- Fiabilité I92 (-4.89; -2.62; -1.12; -1.65; 1.85): Qu'il y ait **suffisamment d'intervenants** (...) au service du maintien à domicile **pour répondre aux besoins** de l'af.
- Rapidité I327 (-4.5; 0.3; 1.4; 0.3; -2.5): Que l'intervenante **réponde promptement** à la personne âgée qui vit une **situation de crise**.
- Apaisement I203 (-3.48; 1.23; 1.38; -0.38; -0.07): Que la personne âgée se sente en **sécurité**.
- Fiabilité I85 (3.84; 1.41; -0.56; 1.8): Que la personne âgée **connaisse le nom** de la personne du CLSC à contacter pour faire des commentaires ou une **plainte**.

- Solidarisation I205 (**5.39**; -0.5; 1.7; -0.8; -1.7): Que l'intervenante mette la personne âgée en **contact** avec d'autres personnes ou associations de personnes qui ont vécu des **problèmes similaires** au sien.

Les mots clés, tels que **soulignés** par la chercheure dans chacun des indicateurs, reflètent la sécurité ou son absence. On y retrouve un souci quant à la quantité des ressources professionnelles pouvant répondre aux besoins du proche qui accorde son soutien à l'aîné (I92). Les aidants et les personnes âgées accordent, respectivement, une moyenne de 2.3000 et 1.7000 à cet indicateur (I92) démontrant ainsi l'ampleur de son importance pour les deux membres de la dyade. En regard de I327, on reconnaît le niveau d'importance accordé à la réponse rapide de l'intervenante auprès de la personne âgée lorsqu'une situation de crise se présente. Les aidants et les personnes âgées accordent respectivement 1.9000 et 1.5000 à cet indicateur. Il s'agit donc du souhait d'une réponse pouvant mettre la personne âgée à l'abri du danger menaçant son état de santé physique ou autre.

Les membres de la dyade s'entendent à dire que le sentiment de sécurité ressenti par la personne âgée est important. Dans le contexte des services de soutien à domicile, Lévesque (1995) fait aussi état de la préoccupation de la personne âgée de se sentir en sécurité. Ici par contre, les aidants y accordent une moyenne de 2.000 comparativement à .9000 accordée par la personne âgée. On pourrait penser que la sécurité de la personne âgée est encore plus valorisée. On pourrait soumettre l'hypothèse que les membres de la dyade donnent peu d'importance à des actions qui doivent provenir de la personne âgée c'est-à-dire connaître le nom d'une personne pour faire une plainte (I85) et agir suite au contact établi par l'intervenante avec des groupes soutien. On pourrait conclure que l'aide provenant du CLSC est valorisée par la personne âgée et l'aidant familial.

Comme le facteur 1 résume le plus les informations liées aux résultats de l'étude, on pourrait proposer que la sécurité traduit une préoccupation de la part des personnes âgées et des aidants familiaux à travers les dimensions des services de soutien à domicile surtout en raison des enjeux qui y sont liés tels la détérioration de l'état de santé, la fin du maintien dans le milieu naturel et la qualité de vie tant pour l'af que pour la pa.

#### *Facteur 2 : l'offre de services*

- Accessibilité I304 (-0.89; **-3.39**; -0.39; -0.90; 0.53): Que le service de maintien à domicile ait une **équipe de psychogériatrie** qui se déplace au domicile de la pa.



- Facilité I244 (1.04; **-2.73**; 1.30; 0.96; 0.20): Que le service de maintien à domicile **développe des programmes** de soutien et d'accompagnement destinés spécifiquement à l'af.
- Fiabilité I92 (-4.89; **-2.62**; -1.12; -1.65; 1.85): Qu'il y ait **suffisamment d'intervenants** (...) au service de maintien à domicile pour répondre aux besoins de l'af.
- Apaisement I196 (0.21; **2.57**; 2.35; 0.08; 1.01): Que la personne âgée soit **informée** du congé du maintien à domicile (c'est à dire de la fin des services) dans un délai acceptable.
- Fiabilité I135 (0.24; **3.70**; -1.45; 0.35; 0.79): Que les **obstacles** qui empêchent la pa d'avoir accès aux **services soient cernés et éliminés**.

Les indicateurs 304 et 244 concernent une demande concrète de personnel; l'indicateur 92 relève avant tout du facteur 1, la sécurité, mais se réfère aussi à un besoin de personnel, qu'on «voit» sur le deuxième. Le facteur «offre de services» prend un aspect de plus en plus concret au fur et à mesure qu'on passe du côté positif (préférences des pa) vers le côté négatif (préférences des af). L'axe 2 est défini par le parangon pa dont la valeur est -.48 alors que l'apport à cet axe par le parangon af est .17 c'est-à-dire presque nul.

Pour l'I304, la moyenne des préférences des pa est 1.000 alors qu'elle est de .2000 pour les af c'est-à-dire presque nul. Les personnes âgées semblent réaliser l'importance du développement de ce service pour qu'il puisse éventuellement répondre à des besoins futurs. Pour l'aidant, cet indicateur est à peine important, possiblement parce qu'il ne prévoit pas ou ne pourrait croire à une détérioration cognitive de l'aîné. L'indicateur 244 est perçu comme plus important par la personne âgée reconnaissant peut-être le lien entre le soutien à domicile et la réponse aux besoins de la personne qui lui accorde le soutien nécessaire afin de réaliser ce but. L'interprétation de I92 est la même que dans le facteur 1. En regard des I196 et I135, les moyennes accordées par les af est nul ou presque. Donc, informer la personne âgée de la fin des services ou trouver des solutions au manque d'accès aux services la préoccupe davantage que l'aidant.

Les mots clés dans chacun des indicateurs, tels que soulignés par la chercheuse, reflètent l'offre de services comprenant des besoins en personnel, en programmes et en information. Le facteur 2 résume les informations non contenues dans le facteur 1. Par conséquent, le facteur «offre de services» est significatif mais de moindre envergure que le facteur sécurité. On

pourrait donc penser que les personnes âgées et les aidants familiaux voient la nécessité de développer les ressources et par conséquent les services.

#### *Facteur 3 : l'interaction*

- Empathie I67 (-0.65; -0.07; **-2.79**; 1.86; -0.25): Que la pa ait la possibilité de **confier** ses problèmes ou préoccupations à une intervenante.
- Solidarisation I208 (0.22; 0.06; **-2.71**; 3.21; 0.54): Que la pa ait accès aux **ressources de soutien** à domicile tels que le répit, la présence - surveillance, le centre de jour.
- Apaisement I196 (0.21; 2.57; **2.35**; 0.08; 1.01): Que la pa soit **informée** du congé du maintien à domicile (c'est à dire de la fin des services) dans un délai acceptable.
- Dignité I11 (1.11; 0.17; **2.66**; 0.44; 0.99): Que lors du **premier contact** avec l'af, l'intervenante se présente (nom, titre, rôle).
- Intimité I32 (-0.45; -2.27; **2.87**; 0.07; -2.05): Que la personne âgée puisse avoir la possibilité de **choisir un employé** du sexe de son choix pour les soins d'hygiène ou soins intimes.

Les parangons ne représentent pas particulièrement les pa (0.07) ni les af (0.04). Les éléments importants semblent plus marqués du côté des pa que du côté des af, c'est-à-dire les indicateurs 67, 208 et 96.

Les mots clés, tels que perçus par la chercheuse dans chacun des indicateurs, reflètent une préoccupation avec les relations interpersonnelles entre les intervenantes, les personnes âgées et les aidants familiaux. Le facteur 3, l'interaction, résume les informations non comprises dans le facteur 1 (sécurité) et le facteur 2 (offre de services). Comme il regroupe moins d'informations, il est un peu moins significatif et de moindre envergure.

#### *Facteur 4 : l'aspect technique*

- Rapidité I321 (-2.43; -1.39; -0.94; **-3.12**; 1.31): Qu'aussitôt que la pa en a besoin, elle ait accès à de l'**équipement spécialisé et adapté**.
- Confort I349 (-1.39; -0.16; -0.17; **2.99**; 0.36): Que l'af **apprenne à utiliser les médicaments** auprès de la personne âgée de façon sécuritaire.
- Solidarisation I208 (0.22; 0.06; -2.71; 3.21; 0.54): Que la pa ait accès aux ressources de soutien à domicile tel que le répit, la présence-surveillance, le centre de jour.

Le facteur 4 est structuré par trois indicateurs et est défini par le parangon pa. Alain (1998) définit l'aspect technique comme les habiletés et les connaissances requises pour

dispenser un service. En effet, on fait appel aux habiletés techniques pour fournir l'équipement approprié afin de répondre aux besoins de la personne âgée ainsi que les compétences pour transmettre des informations liées à l'utilisation de médicaments. De plus, les habiletés techniques et les compétences sont requises afin d'offrir une variété de services.

Les mots clés, pour la chercheuse, constituent une structure identifiable à l'aspect de compétence, à divers niveaux, requise pour répondre aux attentes des personnes âgées et des aidants familiaux.

Le facteur 4, l'aspect technique, résume l'information non retenue dans les facteurs 1, 2 et 3. Il est moins significatif que les trois précédents.

#### *Facteur 5 : l'optimisation*

La signification accordée à ce facteur découle de l'intention telle que perçue par la chercheuse à partir du regroupement des indicateurs suivants :

- Intimité I44 (0.15; 0.99; -1.75; -1.51; **-2.83**): Que les **besoins** de la pa soient **évalués** en tenant compte de la négligence et des mauvais traitements, en cours ou passés, à son égard.
- Rapidité I327 (-4.49; 0.30; 1.38; 0.29; **-2.52**): Que l'intervenante **réponde promptement** à la personne âgée qui vit une situation de **crise**.
- Responsabilisation I160 (1.17; -0.96; 0.81; 1.42; **2.02**): Que l'af participe, par ses commentaires, à l'**évaluation du personnel** fournissant les services directs à domicile.
- Dignité I27 (-0,25; 2.26; 0.47; -1.71; **2.09**): Que l'intervenant présente les renseignements **de façon à ce que la personne âgée les comprenne**.

Les parangons pa (-0.17) et les parangons af (0.20) s'opposent en quelque sorte. Les mots clés reflètent à la fois les besoins des personnes âgées et des aidants familiaux et les devoirs des intervenants. Dans ce dernier facteur, on pourrait croire à une emphase sur la qualité puisqu'on note en effet le concept d'évaluation dans deux des quatre libellés des indicateurs. On pourrait penser qu'il y a une préoccupation à optimiser les services par l'aidant familial. Les personnes âgées et les aidants familiaux sont d'accord à considérer les indicateurs 85 et 205 comme moins importants. En effet, on retrouve les moyennes respectives de -1.8000 et -1.2000 pour l'indicateur 85 et -1.4000 et -2.6000 pour l'indicateur 205. On pourrait soumettre l'hypothèse que les membres de la dyade donnent peu d'importance à des actions qui doivent provenir de la personne âgée c'est-à-dire connaître le nom d'une personne pour faire une plainte (I85) et agir

suite au contact établi par l'intervenante avec des groupes soutien. On pourrait conclure que l'aide provenant du CLSC est valorisée par la personne âgée et l'aidant familial. Le facteur 5 résume les informations non comprises dans les quatre premiers facteurs. Il est considéré comme peu significatif.

En conclusion, les résultats de cette étude rapportent des convergences et des divergences intéressantes dans les préférences exprimées par les personnes âgées et les aidants familiaux avec les dimensions de services de soutien à domicile. L'analyse en composantes principales distinguent les points suivants: sur le facteur 2, on a une opposition des vues des pa et des af, alors que le facteur 1 est un facteur où tous les sujets s'entendent. On constate une semblable opposition sur le facteur 5, mais relativement moins intense que pour le facteur 2. Quant au facteur 4, on constate que les af n'y ont aucune composante (ou corrélation), et donc ce facteur est essentiellement le fait des pa. Le facteur 3, lui, ne semble représenter ni les pa ni les f, du moins pour leurs parangons. L'analyse en composantes principales fait ressortir la sécurité et l'offre des services comme préoccupations principales des membres des dyades personnes âgées – aidants familiaux.

### **Les limites de la recherche**

L'étude actuelle comporte certaines limites qui ont un impact sur les résultats de la recherche.

Premièrement, le CLSC urbain où s'est déroulée l'étude se situe dans un secteur socio-économiquement défavorisé. Elle pourrait donner des résultats différents si elle était menée dans un CLSC rural ou dans un CLSC dispensant des services à une population plus aisée.

Deuxièmement, l'étude se limite à des participants de culture québécoise et d'expression francophone. Des résultats différents pourraient être obtenus si la même étude était menée auprès d'une population provenant d'une autre culture ou langue d'expression.

Troisièmement, l'étude se limite à des informateurs-clés spécifiques en l'occurrence des personnes âgées et des aidants familiaux. Menée auprès d'une population différente, par exemple des personnes de 25 à 35 ans avec des handicaps physiques sévères, l'étude pourrait donner des résultats différents.

Quatrièmement, les résultats obtenus auprès d'un petit nombre de participants, quoiqu'acceptable, ne peuvent être généralisés à l'ensemble de la population.

Cinquièmement, les critiques formulées à l'égard de la technique de classification Q soulignent le fait que le continuum contient trop de catégories et qu'on exige un nombre élevé de distinctions pointues entre les énoncés. De même, la notion de choix forcé-libre est controversée.

### **Recommandations pour la recherche en sciences infirmières, la pratique et la gestion**

Avant d'achever cette rédaction, il apparaît pertinent de proposer quelques recommandations en regard de la recherche, de la pratique, et de la gestion en sciences infirmières.

#### *Recommandations pour la recherche en sciences infirmières*

D'abord, des études qualitatives pourraient explorer l'opposition dans l'importance accordée par les personnes âgées et les aidants familiaux quant à certaines dimensions de service, par exemple, l'accessibilité ou l'intimité ou l'apaisement. Cette divergence pourrait-elle être en lien avec les critères sociodémographiques des participants ou en fonction de différentes valeurs ou croyances guidant les attentes? Ces clarifications pourraient influencer l'orientation de la prestation des services de soutien à domicile.

Deuxièmement, l'étude pourrait être reprise auprès d'un groupe d'infirmières des services de soutien à domicile pour identifier l'importance relative qu'elles accordent aux mêmes indicateurs de satisfaction soumis à des personnes âgées et à des aidants familiaux. On pourrait ainsi comparer la perspective en regard des dimensions parmi chacun des trois groupes et en mesurer la convergence et la divergence. Les résultats pourraient influencer la pratique en orientant les interventions de façon à répondre aux attentes des usagers. De même, ils pourraient influencer la façon dont sont construits les outils de mesure de la satisfaction.

Troisièmement, on pourrait reprendre l'étude auprès de divers groupes culturels. Les membres des dyades personnes âgées – aidants familiaux de culture italienne, chinoise, anglophone par exemple accordent-ils la même importance aux dimensions que les participants d'origine franco-québécoise? Y aurait-il une similitude des convergences et des divergences de préférences parmi divers groupes culturels? Les résultats pourraient influencer la création d'outils de mesure de la satisfaction sensible à la culture.

Quatrièmement, l'étude pourrait être reprise auprès de dyades personnes âgées – aidants familiaux d'origine franco-qubécoise qui ne cohabitent pas. Quelle serait l'influence de ce critère comparativement aux résultats de la présente étude?

Enfin, la signification donnée par la chercheuse au premier facteur ressortant de l'analyse en composantes principales est la sécurité. Cette dimension de service pourrait faire l'objet d'une étude qualitative auprès de personnes âgées et d'aidants familiaux afin d'en approfondir le sens et d'en dégager les éléments qui la composent. On pourrait, par la suite, identifier les interventions infirmières appropriées au contexte du domicile. Les résultats pourraient aussi orienter la gestion des services de soutien à domicile.

#### *Recommandations pour la gestion en soins infirmiers*

Selon les résultats de cette étude, la dimension rapidité des services est de première importance à la fois pour des personnes âgées et pour des aidants familiaux. D'abord, ceci pourrait être très significatif dans la formulation de priorités de gestion puisque cette dimension est identifiée par deux groupes formant la majorité de la clientèle des services de soutien à domicile. Puis, cette dimension implique une organisation de services dans des situations urgentes, ou du moins dans des situations qui pourraient le devenir. De plus, on pourrait envisager des services plus complexes et à plus long terme si l'on n'a pu répondre aux attentes.

Les gestionnaires pourraient aussi s'intéresser au fait que les membres de la dyade s'entendent également sur la dimension la moins importante soit, la solidarisation. On pourrait par conséquent se questionner sur la pertinence ou du moins sur la quantité de ressources octroyées pour satisfaire les attentes découlant de cette dimension de service alors qu'une redistribution pour améliorer la dimension rapidité des services est à considérer.

La dimension accessibilité est au deuxième rang en importance pour les personnes âgées. L'indicateur reflétant en partie cette préférence concerne l'offre de services à des heures qui conviennent à la personne âgée par exemple le soir, les fins de semaine, etc. (I298). Le CLSC pourrait donc avoir à se pencher sur la création d'horaires plus flexibles en réponse aux attentes de cette clientèle. Ce changement aura probablement un impact sur les conditions de travail du personnel.

L'importance accordée à la dimension apaisement par les aidants familiaux pourrait aussi influencer l'organisation des services. La planification du congé dans le contexte des services de

soutien à domicile n'est pas encore très développée malgré le fait que l'utilisation efficiente et efficace des services ainsi que la satisfaction des utilisateurs en dépendent.

Pour terminer, il est à espérer que les résultats de cette étude orienteront les objectifs de prestation des services de soutien à domicile en fonction de la perspective de l'utilisateur.

*Recommandations pour la pratique en soins infirmiers*

Chacun des membres des dyades personnes âgées – aidants familiaux accorde la même importance à quatre des douze dimensions de services notamment à la plus importante, la rapidité des services. Ces convergences de préférences offrent une opportunité aux infirmières oeuvrant dans les services de soutien à domicile de cerner des interventions favorisant une réponse améliorée aux attentes des utilisateurs. On pourrait de plus s'attendre à une influence positive sur le niveau de satisfaction de la clientèle. Rappelons que la satisfaction a un impact sur le comportement de santé en favorisant le recours aux services, l'adhésion au plan thérapeutique et l'expression des attentes (Ware et al., 1984).

***CONCLUSION***



L'identification d'indicateurs de satisfaction des services de soutien à domicile validés par les personnes âgées et les aidants familiaux met en valeur la perspective des utilisateurs qui en bénéficient. Les résultats de la recherche offrent un témoignage d'une différence de perspectives entre les personnes âgées et les aidants familiaux.

Se basant sur le concept de service adopté par la Régie Régionale des Services de Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, l'étude identifie des dimensions de services où les préférences des personnes âgées et des aidants familiaux convergent, incluant notamment la dimension la moins importante, la solidarisation ainsi que la dimension la plus importante, la rapidité des services. Ce constat est primordial parmi les résultats de cette recherche. Tout aussi intéressant est la divergence des préférences entre les membres des dyades personnes âgées – aidants familiaux particulièrement en regard de la dimension accessibilité où l'écart est digne d'être noté.

Au moyen de l'ACP-Q, la structure de ces préférences a été explorée, faisant ainsi ressortir cinq facteurs, indépendants l'un de l'autre, qui résument l'information obtenue par la présente recherche.

Les résultats pourraient influencer la façon dont un outil de mesure de la satisfaction des services de soutien à domicile devrait être construit. En effet, la différence des perspectives suggère que l'outil de mesure à créer doit être destiné à une clientèle spécifique et non construit selon une perspective multiaxiale, c'est-à-dire ciblant plus d'une catégorie d'utilisateurs. Les chercheurs intéressés par ce sujet pourraient poursuivre les investigations dans ce sens. L'importance accordée aux indicateurs par les membres des dyades pourrait aussi guider les infirmières, dans leur pratique, à reconnaître les interventions pouvant combler les attentes des personnes âgées et des aidants familiaux et ainsi accroître leur satisfaction avec les services fournis. Pour terminer, il serait souhaitable que les gestionnaires des services de soutien à domicile s'inspirent des résultats de cette recherche pour considérer des objectifs de gestion pouvant le mieux répondre aux attentes de cette clientèle.

*RÉFÉRENCES*

- Abdellah, F. G., & Levine, E. (1957). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing Research*, 5, 100-108.
- Alain, M. (1998). *Réussir la qualité de service. Plaidoyer pour la performance réalisée avec discipline et innovation*. Montréal: Éditions Nouvelles.
- Anctil, H. (2000). *Pour une politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de soutien aux proches*. Rapport du Comité pour la Révision du Cadre de Références sur les services à domicile.
- Applebaum, R., & Phillips, P. (1990). Assuring the quality in homecare : the "other" challenge for long term care. *The Gerontologist*, 30(4), 444-450.
- Astarita, T., Materna, G., & Blevins, C. (1998). *Competency in Home Care*. Maryland : Aspen Publications.
- Attree, M. (1993). An Analysis of the concept "Quality" as it relates to contemporary Nursing Care. *International Journal of Nursing Studies*, 30, 355-369.
- Avis, M., Bond, M., & Arthur, A. (1995). Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction. *Journal of Advances Nursing*, 22, 316-322.
- Barkauskas, V. H. (1990). Home Health Care. Chap. 5 . *Annual Review of Nursing Research*, 8, 103-132.
- Barriball, K. L., & Mackenzie, A. (1993). Measuring the impact of nursing interventions in the community : a selective review of literature. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 401-407.
- Batchelor, C., Owen, D.J., Read, M., & Bloor, M. (1994). Patient Satisfaction Studies : Methodology, Management & Consuma Evaluation. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 7(7), 22-30.
- Berry, L., Zeithaml, V., & Parasuraman, A. (1990). Five Imperatives for Improving Service Quality. *Sloan Management Review*, Summer, 29-38.
- Bigelow, B., & Arndt, M. (1995). Total Quality Management : Field of Dreams? *Health Care Management Review*, 20(4), 15-25.
- Block, J. (1961). *The Q-sort method and personality assessment in psychiatric research*. Charles C. Thomas: Springfield, Illinois.

- Bond, S., & Thomas, L. H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1), 52-63.
- Bowers, M. R., Swan, J. E., & Kochler, W. F. (1994). What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery. *Health Care Management Review*, 19(4), 49-55.
- Bowling, A. (1992). Assessing health needs and measuring patient satisfaction. *Nursing Times*, 88(31), 31-34.
- Braun, K. L., Goto, L. S., & Lenzer, A. M. (1987). Patient age and satisfaction with Home Care. *Home Health Care Quarterly*, 8(2), 79.
- Bray, J., Powell, J., Lovelock, R., & Philp, I. (1995). Using a softer approach-technique for interviewing older people. *Professionnal nurse*, 10(6), 350-353.
- Brown, S. R. (1986). Q-Techniques and Method: Principles and Procedures. Dans William D. Berry & Micheal S. Lewis-Beck (Eds), *New Tools for Social Scientists* (pp. 57-76). Beverly Hills CA: Sage Publications.
- Brown, S. R. (1996). Q Methodology and Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 6(4), 561-567.
- Brunelle, Y., & Saucier, A. (1999). *Les indicateurs et le système de soins*. Collection Méthodologie et Instrumentation. No. 13. Québec : M.S.S.S.
- Budreau, G., & Chase, L. (1994). A family-centered approach to the development of a pediatric family satisfaction questionnaire. *Pediatric Nursing*, 20(6), 604-608.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2001). *The practice of Nursing Research, Conduct, Critique and Utilization* (4<sup>e</sup> ed.). Philadelphia : W. B. Saunders Co.
- Burros, H. (1995). Les personnes âgées et leurs aidants familiaux. *Revue de l'infirmière*, 7 (avril), 50-57.
- Bushy, A. (1995). Ethnocultural sensitivity and measurement of consumer satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 9(2), 16-25.
- Calnan, M. (1988). Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Social Science and Medicine*, 27(9), 927-933.
- Carr-Hill, R. A. (1992). The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine*, 14(3), 236-249.

- Centre d'Excellence pour la santé des femmes (1999). *Recommandations concernant l'impact des transformations du système de santé sur les femmes aidantes*. Montréal : Consortium Université de Montréal.
- Chan, J. C. L., Ho, S-J. K. (1997). Continuous Quality Improved : A Survey of American and Canadian Healthcare Executives. *Hospital and Health Services Administration*, 42(4), 525-544.
- Chang, W. C. (1990). Foundations of patients surveys: Assessment of quality and satisfaction. *Canadian Journal of Quality Assurance*, 7(2), 53-56.
- Chen, J., & Wilkins, R. (1998). Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle. Statistiques Canada 82-003. *Rapports sur la santé*, 10(1), 41-53.
- Chiu, L. (1997). Family caregivers satisfaction with home care in the Tapei metropolitan area. *Public Health Nursing*, 14(1), 42-50.
- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). *Patient Satisfaction as an Indicator of Quality Care Inquiry*, 25, 25-36.
- Colling, J. (1994). *The Status of quality assurance in home health care*. Chap. 43, pp. 311-315.
- Congdon, J. G. et Magilvy, J. K. (1995). The Changing Spirit of Rural Community Nursing : Documentation Burden. *Public Health Nursing*, 12(1), 18-24.
- Conseil Canadien d'agrément des services de santé (1999). *Le projet MIRE. Ébauche des normes*. Ottawa : Conseil canadien d'agrément.
- Conseil Québécois d'agrément d'établissement de santé et de services sociaux (2000). *Dossier de l'établissement aux fins d'agrément. Mission CLSC*. 3<sup>e</sup> éd. Québec: Bibliothèque nationale.
- Conway, T., & Willcocks, S. (1997). The role of expectations in the perception of health care quality : developing a conceptual model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10(3), 131-140.
- Cooke, H. (1994). The role of the patient in standard setting and audit. *British Journal of Nursing*, 3(22), 1182-1188.
- Cordingley, L., Webb, C., & Hillier, V. (1997). Q Methodology. *Nurse Researcher*, 4(3), 31-45.

- Costello, M.C. (1995). *Patient expectations and satisfaction with home health nutritional care*. Thèse de doctorat, Temple University.
- Coyne, W. (1990). Nurses are the key to quality. *Registered Nurses*, 53(2), 69-74.
- Côté, A. (1996). Évaluation de la qualité des services de longue durée des personnes âgées : est-ce possible? *Gestion*, 21(2), 52-60.
- Côté, M. J. (1990). *Une réforme centrée sur le citoyen*. Québec : gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Cremieux, P.-Y., Gadbois, D. et Ouellette, P. (1998). Une analyse de la performance des CLSC au Québec. *L'Actualité économique Revue d'analyse économique*, 74(2), 157-181.
- Daniels, K. (1986). Planning for Quality in the Home Care System. *Quality Review Bulletin*, 7, 247-251.
- Dennis, K.E. (1986). Q Methodology : relevance and application to nursing research. *Advanced Nursing Science*, 8(3), 6-17.
- Dick, M. J. (1993). Consequences of the Budget Crunch : Using Q-Methodology to Prioritize Subscription Cancellations. *Journal of Nursing Education*, 32(4), 181-182.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 166-203.
- Donabedian, A. (1980). *Exploration in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1 the Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Michigan : Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1983). The Quality of Care in a Health Maintenance Organization : A Personal View. *Inquiry*, 20, 218-222.
- Donabedian, A. (1986). Quality Assurance : Corporate Responsibility for Multihospital Systems. *Quality Review Bulletin*, Jan., 3-7.
- Donabedian, A. (1987). Some basic issues in evaluating the quality of health care, pp. 3-28. Dans Rinke, L. T. (Ed) *Outcomes measure in Home Care*, 1. Research. New York : National League for Nursing.
- Donabedian, A. (1988). Quality Assessment and Assurance : Unity of Purpose, Diversity of Means. *Inquiry*, 25, 173-192.

- Donabedian, A. (1992a). The role of Outcomes in Quality Assessment and Assurance. *Quality Review Bulletin*, Nov., 356-360.
- Donabedian, A. (1992b). Quality Assurance in health care : consumer's role. *Quality in Health Care*, 1, , 247-251.
- Donabedian, A. (1995). The role of Outcomes in Quality Assessment and Assurances. Dans Graham, N. O. *Quality in Health Care. Theory, Application and Evolution*, pp.198-209. Maryland : Aspen Publications.
- Donabedian, A. (1996a). The Quality of Care : How Can It be Assessed? Chap 4, pp. 52-65. Dans Schmele, J. A. (1996). *Quality Management in Nursing and Health Care*. New York : Delmar Publishing.
- Donabedian, A. (1996b). Models of Quality Assurance, CHAP 6, pp. 88-103. Dans Schmele J. A. (1996) *Quality Management in Nursing and Health Care*. New York : Delmar Publishing.
- Dubé, G., Vergara, A., Chabot, L., Jetté, P., Rheault, C., Jeannin, M., & Bargiel, L. (1996). Services de soutien et virage ambulatoire : quel soutien et quel virage? *Le Gérontophile*, 18(4), 29-32.
- Ducharme, F. (1997). La détresse des soignants familiaux. Défis cliniques et perspectives de recherche. *Infirmière du Québec*, 4(3), 40-47.
- Dumont-Lemasson, M. (1994). Des services de soutien à domicile fragiles pour une clientèle vulnérable. *Service social*, 43(1), 47-65.
- Ellmer, R., & Olbrisch, M. E. (1984). The Contribution of a Cultural Perspective In Understanding and Evaluating Client Satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6, 275-281.
- Ervin, N. E., Walcott-McQuigg, J., Chen, S. P. C., & Upshaw, H. S. (1992). Measuring patients' perceptions of care quality. *Journal Nursing Care Quality*, 6(4), 25-32.
- Fairhurst, K. (1997). Comment : public participation in the evaluation of health care. *Health and Social Care in the Community*, 5(1), 9-10.
- Fermanian, J. (1996). Évaluer correctement la validité d'une échelle : les nombreux pièges à éviter. *Revue en Épidémiologie et Santé Publique*, 44, 278-286.
- Fitzpatrick, R., & White, D. (1997). Public Participation in the evaluation of health care. *Health and Social Care in the Community*, 5(1), 3-8.

- Forbes, D. A. (1996). Clarification of the Constructs of Satisfaction and Dissatisfaction with Home Care. *Public Health Nursing*, 13(6), 377-385.
- Forbes, D. A. (1994). *Satisfaction and dissatisfaction as perceived by elderly clients on home care*. Mémoire de maîtrise inédit. University of Alberta.
- Forbes, D. A., & Neufeld, A. (1997). Strategies to Address the Methodological challenges of client- Satisfaction Research in Home Care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 29(2), 69-77.
- Fortin, M.-F. (1996). *Le processus de la recherche – De la conception à la réalisation*. Montréal : Décarie Ed.
- Fottler, M. D., Ford, R. C., & Bach, S. A. (1997). Measuring Patient Satisfaction in Healthcare Organisations : Qualitative and Quantitative Approaches. *Best Practices and Benchmarking in Healthcare*, 2(6), 227-239.
- Gagnon, L. (1992). *Caring behaviors toward family members in the critical care setting*. Mémoire. Université McQuill.
- Gaynor, S. E. (1990). The hong Haul : The Effects of Home Care on Caregivers Image. *Journal of Nursing Scholarship*, 22(4), 208-212.
- 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 Series B – Psychological Sciences & Social Sciences*, 55B(5), S259-270.
- Graham, N. O. (1995). *Quality in Health Care : Theory Application and Evolution*. Maryland : Aspen Publications.
- Grenier, R. (1993). Une terminologie à apprivoiser. *Gésiqualité*, 11(3), 1-7.
- Grenier, R. (1998). La qualité des soins sous l'angle de la satisfaction des patients. *Journal de Réadaptation Médicale*, 18(3), 87-90.
- Grenier, R. (2001a). *La mesure et l'évaluation de la qualité: Les activités de recherche sous-jacentes*. Texte inédit présenté au colloque international: Entre recherche et démarche qualité: quelle complémentarité pour les soins. Genève, 1 – 2 – 3 mars 2001.
- Grenier, R. (2001b). *Le processus de gestion de la qualité des soins-services, soins-cadres*. Une publication Masson, sous presse.



- Groupe Secor (1994). *Les dimensions du service en matière de santé et de services sociaux*.
- Guberman, N., Maheu, P., & Maillé, C. (1992). Women as family caregivers. Why do they care? *The Gerontologist*, 32, 607-617.
- Guberman, N., Maheu, P., & Maillé, C. (1994). La réalité de la prise en charge familiale. *Frontières*, 7(1), 46-48.
- Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. 4(1), 59-78.
- Haddad, S., Remondin, H., Roberge, D., Potvin, L., & Pineault, R. (1999). *Évaluation de la qualité des soins par les utilisateurs de services. Développement et validation d'un instrument de mesure destiné à des services ambulatoires*. Québec : GRIS Université de Montréal.
- Hagan, L., Saillant, F., & Boucher Dancause, G. (1994). Maintien à domicile et promotion de l'autonomie des clientèles. *L'infirmière du Québec*, 1(5), 35-42.
- Hardy, B., Young, R. & Wistow, G. (1999). Dimensions of choice in the assessment and care management process: The views of older people, careers and care managers. *Health and Social Care in the Community*, 7(6), 483-491.
- Harrigan, M. L. (2000). *Quest for Quality in Canadian Health Care. Continuous Quality Development* (2<sup>e</sup> Ed.). CANADA :Santé Canada.
- Hart, M. (1996). Incorporating outpatient perceptions into definitions of quality. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1234-1240.
- Heffring, M. P. (1986). High Tech, High Touch : Common Denominators in Patient Satisfaction. *Hospital & Health Service Administration*, 31, March-April, 81-93.
- Heuse, A. (1983). Naissance et evolution du concept d'évaluation de la qualité. *L'hôpital belge / Het belzish ziekenhuis*, 162, 10-25.
- Hollander Feldman, P. (1999). "Doing more for less" : Advancing the Conceptual Underpinnings of Home-Based Care. *Journal of Aging and Health*, 11(3), 261-276.
- Hughes, F. S. Y. (1987). Quality Assurance in Home Care Services. *Nursing Management*, 18(2), 33-36.
- Institut Canadien d'Information sur la Santé (2000). *Les soins de santé au Canada. Un premier rapport annuel*. Ottawa : Statistique Canada.

- John, J. (1992). Why are Older Patients and Less Educated Patients Less Satisfied with Health Care Quality? *Health Marketing Quarterly*, 10(1/2), 209-217.
- Jones, D., & Lester, C. (1994). Hospital care and discharge: Patients' and careers' opinions. *Age and aging*, 23, 91-96.
- Kane, R. A. (1995). Expanding the Home Care Concept : Blurring Distinctions among Home Care, Institutional Care, and Other Long-Term Care Services. *The Milkbank Quarterly*, 73(2), 161-185.
- Kane, R. A. (1999). Goals of Home Care : Therapeutic, Compensatory. Either or Both? *Journal of Aging and Health*, 11(3), 299-321.
- Keating, N., Fast, J., Frederick, J., Cranswick, K., & Perrier, C. (1999). *Soins aux personnes âgées au Canada : Contexte, contenu et conséquences*. Ottawa : Statistique Canada.
- Keating, S. B., & Kelman, G. B. (1988). *Home Health Care Nursing. Concepts & Practice*. Philadelphia : J. B. Lippincott Company.
- Kelman, H. R. (1976). Evaluation of health care quality by consumers. *International Journal of Health Services*, 6(3), 431-441.
- Kiston, A., Harvey, G., Hyndman, S., & Yerrell, P. (1994). Criteria formulation and application: An evaluative framework. *International Journal of Nursing Studies*, 31(2), 155-167.
- Kristjanson, L. J. (1986). Indicators of quality of palliative care from a family perspective. *Journal of Palliative Care*, (1/2), 8-17.
- Lacroix, M. J. (1994). Les CLSC: porte ouverte sur la santé. *Le Bel Âge*, juillet-août.
- Lafferrière, R. (1993). Client Satisfaction with Home Health Care Nursing. *Journal of Community Health Nursing*, 10(2), 67-76.
- Lamonica, E., Oberst, M., Madea, A., & Wolf, R. (1986). Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing and Health*, 9(1), 43-50.
- Lane Gray, Y., & Sedhom, L. (1997). Client Satisfaction : Traditional Care Versus Cluster Care. *Journal of Professional Nursing*, 13(1), 56-61.
- Larrabee, J. H. (1995). The changing role of the consumer in health care quality. *Journal of Nursing Care Quality*, 9(2), 8-15.

- Leebov, W., & Scott, G. (1994). *Service Quality Improvement – The Customer Satisfaction Strategy for Health Care*. U.S.A. : American Hospital Publishing.
- Légaré, J., Carrière, Y., & Jenkins, E. (1995). *Le vieillissement de la population et son impact sur les besoins : soins et services socio-sanitaires*. Montréal : Groupe de Recherche sur la démographie québécoise, Université de Montréal.
- Lévesque, N. (1995). *La qualité des soins infirmiers : la perspective des personnes âgées soignées à domicile*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Laval.
- Levine, C. (1999). Home Sweet Hospital: The Nature and Limits of Private Responsibilities for Home Health Care. *Journal of Aging and Health*, 11(3), 341-359.
- Lin, C. C. (1996). Patient Satisfaction With Nursing Care As an Outcome Variable : Dilemmas for Nursing Evaluation Researchers. *Journal of Professional Nursing*, 12(4), 207-216.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Sciences and Medicine*, 16, 577.
- Locker, D., & Dunt, D. (1978). Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Social Sciences and Medicine*, 12, 283-292.
- Lynn, M. R. (1986). Determination and Quantification of Content Validity. *Nursing Research*, 35(6), 382-385.
- Macedo, A. (1996). *Perceptions de personnes âgées hospitalisées, de leurs aidants naturels principaux et de leurs infirmières quant à l'importance des interventions infirmières lors de la planification du congé*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- MacIntyre, K., & Kleman, C.C. (1994). Measuring Customer Satisfaction. Dans McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A.D. *Continuous Quality Improvement in Healthcare. Theory, Implementation and Applications*. (Chap. 6), (pp. 102-127). Maryland : Aspen Publications.
- Mahon, P. Y. (1996). An analysis of the concept "patient satisfaction" as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1241-1248.
- Mattiasson, A. C., & Anderson, L. (1997). Quality of Nursing home care assessed by competent nursing home patient. *Journal of Advanced Nursing*, 26, 1117-1124.

- Kendall, M. G. (1962). *Rank correlation methods*, 3<sup>e</sup> édition. London: Griffin & Co.
- McComas, J., Kosseim, M., & MacIntosh, D. (1995). Client-Centered Approach to Develop a Seating Clinic Satisfaction Questionnaire : A Qualitative Study. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(10), 980-985.
- McKeown, B., & Thomas, D. (1988). *Q Methodology*. Newbury Park : Sage Publications.
- McKeown, M., Hinks, M., Stowell-Smith, M., Mercer, D., & Forster, J. (1999). Q methodology, risk training and quality management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12(6), 254-266.
- McKeown, M., Stowell-Smith, M., & Foley, B. (1999). Passivity vs Militancy : A Q Methodological study of nurses' industrial relations on Mersyside (England). *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 140-149.
- McLaughlin, C. P., & Kaluzny, A. D. (1994). *Continuous Quality Improvement in Health Care. Theory, Implementation and Application*. An Aspen Publication : Maryland.
- McNeil, R. (1999). *De la qualité pour tous. Programme d'amélioration continue de la qualité des services et de la satisfaction des usagers*. Québec : Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre.
- Medigovitch, K., Porock, D., Kristjanson, L. J., & Smith, M. (1999). Predictors of Family Satisfaction with an Australian Palliative Home Care Service : A test of Discrepancy Theory. *Journal of Palliative Care*, 15(4), 48-56.
- Megivern, K., Halm, M. A., & Jones, G. (1992). Measuring Patients Perceptions as an Outcome of Nursing Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 6(4), 9-24.
- Meisenheimer, C. G. (1989). *Quality Assurance for home healthcare*. Maryland : Aspen Publications.
- Meister, C., & Boyle, C. (1996). Perceptions of Quality in long-term Care : A Satisfaction Survey. *Journal of Nursing Care Quality*, 10(4), 40-47.
- Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V., & Hemonidou, C. (1999). Patient satisfaction : a key concept for evaluating and improving nursing services. *Journal of Nursing Management*, 7, 19-28.

- Micalizzi, S. J. (1990). *The factors that affect the satisfaction level of elderly patients who receive community service*. Mémoire de maîtrise inédit, Southern Connecticut State University.
- Michaud, C. (1993). La famille, partenaire de la qualité des soins. *Gésiqualité*, 11(4), 3-5.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1993). *Les services à dispenser aux personnes âgées en perte d'autonomie en habitation à loyer modique*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1994). *Les services à domicile de première ligne. Cadre de Référence*. Québec : MSSS.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux (1998). *Les services à la population 1998-1999 à 2000-2001*. Québec: MSSS.
- Mitchell, M. K., & Storfjell, J. L. (Ed.) (1989). *Standards of excellence for home care organizations*. New York: National League for Nursing.
- Montgomery, R. J. V. (1999). The Family Role in the Content of Long-Term Care. *Journal of Aging and Health*, 11(3), 383-416.
- Morin, D. (1999). Mesure de résultats en soins infirmiers : satisfaction des usagers. *Recherche en soins infirmiers*, 58, Sept., 95-102.
- Morris, M., Robinson, J., Simpson, J., Galey, S., Kirby, S., Martin, L., & Muzychka, M. (1999). *L'Évolution des soins à domicile et la fragilité financière des femmes*. *Recherche en matière politique*. Canada : Condition féminine.
- Nguyen, T. D., Attkisson, C. C., & Stegner, B. L. (1984). Assessment of Patient Satisfaction : Development and Refinement of a Service Evaluation Questionnaire. *Evaluation and Program Planning*, 6, 299-314.
- Norland, J. A. (1994). *Profils des Personnes âgées au Canada*. Prentice Hall : Statistiques Canada.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: McGraw-Hill Book Company.
- Oerman, M. H. (1999). Consumers' Description of Quality Health Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 14(1), 47-55.

- O'Leary, A. (1992). Patient satisfaction as a measure of quality in the care of the elderly. *British Journal of Nursing*, 1(9), 470-472.
- Olson, L. E. (1989). The Staff Nurse's Perspective. Dans Meisenheimer, C. G. *Quality Assurance for home healthcare*. (Chap. 9), (pp. 139-149). Maryland : Aspen Publications.
- O'Neill, C., & Sorenson, E. S. (1991). Home care of the elderly : a family perspective. *Advanced Nursing Science*, 13(4), 28-37.
- Paquet, M. (1999). *Les professionnels et les familles dans le soutien aux personnes âgées dépendantes*. Montréal : L'Harmattan Inc.
- Paquet, M., Guillemette, A., & Richard, C. (1999). *Les effets des services de répit selon les personnes-soutien*. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux: Québec.
- Pascoe, G. C. (1983). Patient Satisfaction in Primary Health Care : A literature Review and Analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 185-210.
- Pascoe, G. C., & Attkisson, C. C. (1984). The Evaluation Ranking Scale : A New Methodology for Assessing Satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6, 335-347.
- Petit, A. (2002). *Les facteurs influençant la participation à des groupes d'entraide destinés aux familles de personnes présentant des troubles mentaux : le cas de l'apogée*. Mémoire de maîtrise inédit. Université du Québec.
- Philip, G., & Stewart, J. (1999). Involving mental health service users in evaluating service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12(5), 199-209.
- Pineault, R., & Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé – Concepts – Méthodes – Stratégies*. Montréal : Éditions Nouvelles.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1995). *Nursing Research : Principles and Methods* (5<sup>e</sup> Éd.). Philadelphia : J. P. Lippincott.
- Pollitt, C. (1988). Bringing Consumers into Performance measurement : concepts, consequences and constraints. *Policy and Politics*, 16(2), 77-87.

- Povar, G. J. (1991). What does "quality" mean? Critical ethical issues for quality assurance. Dans Palmer, R. H., Donakedian, A., & Povar, G. J. *Striving for quality in health care. An inquiry into policy and practice*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Price, P. J. (1993). Patients perceptions of the meaning of quality nursing care. *Advanced Nursing Science*, 16(1), 33-41.
- Rantz, M. J. (1995). Quality measurement in nursing : where are we now? *Journal of Nursing Care Quality*, 9(2), 1-7.
- Raynes, N. V. (2000). Quality in palliative care services: Patients views. *International Journal of Health Quality*, 13(3), 106-110.
- Rea, D. M. (1999) Towards routine user assessment of mental health service quality performance. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12(4), 1-9.
- Redding, D. M. H. (1993). *Client satisfaction with home health care services of a certified home health care agency*. Mémoire de maîtrise inédit, D'Youville College.
- Reeder, P. J., & Chen, S. P. C. (1994). Determining client satisfaction with home health care. *Journal of Home Health Care Practice*, 6(4), 8-16.
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Ministère de la santé et des services sociaux (1999). *Questionnaires d'enquête sur la satisfaction des usagers en centre hospitalier universitaire*.
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Ministère de la santé et des services sociaux et Centre hospitalier Angrignon (1999). *Questionnaires d'enquête sur la satisfaction des usagers en centre hospitalier*.
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Ministère de la santé et des services sociaux et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (1999). *Questionnaires d'enquête sur la satisfaction des usagers en centre hospitalier*.
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Ministère de la santé et des services sociaux et l'Hôpital Sainte-Justine (1999). *Questionnaires d'enquête sur la satisfaction des usagers en centre hospitalier*.
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Ministère de la santé et des services sociaux et Résidences Yvon-Brunet, Réal Morel, Louis Riel (1999). *Questionnaires d'enquête sur la satisfaction des usagers en centre d'hébergement et de soins de longue durée*.

- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre (2001). *Le défi de l'accès: l'an 2. Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002.*
- Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre (2001). *Évaluer pour s'améliorer. Un regard sur les attentes et la satisfaction des Montréalais en l'an 2000.*
- Reif, L. (1990). Consumers Speak out about Home Care. *The aging connection*, Aug/Sept, 5.
- Reif, L., & Martin, K. S. (1996). *Nurses and Consumers Partners in Assuring Quality Care in the Home*. Washington : American Nurses Publishing.
- Rhee, K. J., Donabedian, A., & Burney, R. E. (1987). Assessing the Quality of Care In a Hospital Emergency Unit : A Framework and Its Application. *Quality Review Bulletin*, Jan, 4-16.
- Risser, N. (1975). Development of an instrument to measure patients satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24, 45-52.
- Roberge, D., Loiselle, J., Lebel, P., Ducharme, F., & Pineault, R. (1998). Qualité des soins dispensés en unité de courte durée gériatrique: La perspective des patients. *Canadian Journal on Aging*, 17(2), 123-142.
- Rosenthal, C. J. (1997). Le soutien des familles canadiennes à leurs membres vieillissants : changements de contexte. *Lien Social et Politique - RIAC*, 38, Automne, 123-131.
- Roy, J. (1994). L'histoire du maintien à domicile ou les nouveaux apôtres de l'État. *Service social*, 43(1), 7-32.
- Rubin, H. R. (1990). Patients' evaluation of Hospital Care. *Medical Care*, 28(9), 53-59.
- Rubinstein, R. L. (1990). Culture and Disorder in the Home Care Experience : The Home as Sickroom. Dans Gubrium, J. F., & Sankara, A. (Eds) *The Home care experience : Ethnography and Policy*. (Chap. 2), (pp. 37-58). Newbury Park : Sage.
- Ruddick, W. (1994). Transforming homes and hospitals. *Hastings Center Report*, 24(5), 511-514.
- Ruggeri, M. (1991). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services : the state of the art of its measurement. *Quaderni Italiani di Psichiatria*, 2, 89-124.



- Ruggeri, M. (1994). Patients' and relatives' satisfaction with psychiatric services : the state of the art of its measurement. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 29, 212-227.
- Ruggeri, M., & Dall'Agnola, R. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Service Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives & professionnels. *Psychological Medicine*, 23, 511-523.
- Ryan, M. E., Collins, F. J., Bowen Dowd, J., & Pierce, P. K. (1995). Measuring patient satisfaction : A case study. *Journal of Nursing Care Quality*, 9(2), 44-53.
- Rybczynski, W. (1986). *Home : A short history of an idea*. New York : Penguin Books.
- Saucier, A., & Brunelle, Y. (1995). *Les indicateurs et la gestion par résultats*. Collection Méthodologie et Instrumentation, No. 8. Québec : M.S.S.S.
- Scardina, S. A. (1994). SERUQUAL : A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 8(2), 38-46.
- Schmald, J. C. (1979). Quality Assurance : Examination of the Concept. *Nursing Outlook*, 7, 462-465.
- Seibert, J. H. (1996). Patient Focus With an Eye on the Bottom Line. Using Patient Surveys for Quality Improvement. *Caring*, 15(10), 26-31.
- Shackley, P., & Ryan, M. (1994). What is the role of the Consumer in Health care? *Journal of Social Policies*, 23(4), 517-541.
- Shaughnessy, P. W., Arnold, A. G., Kramer, A. M., Powell, M. C., & Hittle, D. F. (1994). Measuring and Assuring the Quality of Home Health Care. *Health Care Financing Review*, 16(1), 35-67.
- Shaughnessy, P. W., Bauman, M. K., & Kramer, A. M. (1990). Measuring the Quality of Home Health Care, Some Important Consideration. *Caring*, 9(2), 4-6.
- Shields, M., & Chen, J. (1999). L'État de santé des personnes âgées. Statistiques Canada 82-003. *Rapports sur la santé*, 11(3), 53-69.
- Simpson, S. H. (1989). Use of Q-port methodology in cross-cultural Nutrition and Health Research. *Nursing Research*, 38(5), 289-290.

- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient Satisfaction : a review of issues and concepts. *Soc. Sci. Med.*, 45(12), 1829-1843.
- Sixma, H. J., Kerssens, J. J., van Campen, C., & Peters, L. (1998). Quality of care from the patient's perspective : from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations*, 1, 82-95.
- Sprent, P. (1989) *Applied nonparametric statistical methods*. London: Chapman & Hall.
- Stainton Rogers, R. (1995). Q Methodology. Dans Smith, J. A., Harre, R., & Van Hangenhove, L. (Eds), *Rethinking methods in psychology* (pp. 178-192). Thousand Oaks, CA : Sage.
- Stamps, P. L. (1984). Measuring Patient Satisfaction. *Journal of Medical Group Management Association*, 31, 36-44.
- Statistiques Canada (1995). *Vieillesse de la population*. Ottawa: Statistiques Canada.
- Statistiques Canada. Comité consultatif (1999). *Rapport statistique sur la santé des populations canadiennes. Recours aux services de soins à domicile*. Ottawa : Statistiques Canada.
- Stephenson, W. (1953). *The Study of Behavior. Q-Technique and Its Methodology*. Chicago : University of Chicago Press.
- Stewart, M. J. (Éd.) (2000) *Community Nursing, Promoting Canadian's Health* (2<sup>e</sup> Ed.). Canada : W. B. Saunders.
- Stricklin, M L. V. (1993). Home Care Consumers Speak Out on Quality. *Home Healthcare Nurse*, 11(6), 10-17.
- Swaine, B., Dutil, E., Demers, L., Guarna, F., Joyal, N., Crépeau, F., & Quintal, M. A. (2000). *Prototype du questionnaire visant à mesurer la perception des clients relativement à la qualité des soins et services reçus en réadaptation suite à un traumatisme crânien*.
- Swanson, E. A., Jensen, D. R., Specht, J., Johnson, M. L., & Maas, M. (1997). Caregiving : Concept Analysis and outcomes. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice : an International Journal*, 11(1), 65-79.
- Taylor, A., Hudson, K., & Keeling, A. (1991). Quality Nursing Care : The Consumer's Perspective Revisited. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 5(2), 23-31.

- Taylor, A. G., & Hausmann, G. M. (1988). Meaning and measurement of Quality Nursing Care. *Applied Nursing Research*, 1(2), 84-88.
- Tetting, D. W. Q-Sort Update. *Western Journal of Nursing Research*, 10(6), 757-765.
- Timpson, J. (1996). Quality and Quality Assurance in the Health Care Setting : an equitable life? *Journal of Nursing Management*, 4, 19-25.
- Toutant, S. (1998). L'intégration des services aux personnes âgées. Le bon service, à la bonne personne, au bon moment. *Infirmière du Québec*, Jan.-Feb., 26-27.
- Trahan, L., Bélanger, L., & Bolduc, M. (1993). *Une évaluation de la prestation des services dans les CLSC et les CH pour des services de qualité aux personnes âgées en perte d'autonomie*. Collection Études et Analyses. No. 19. Québec : M.S.S.S.
- Valcourt, C. (2000). *Satisfaction de personnes âgées atteintes d'un cancer quant aux soins infirmiers palliatifs reçus à domicile*. Mémoire de maîtrise inédit, Université de Montréal.
- Van Maanen, H. (1984). Evaluation of Nursing care : quality of nursing evaluated. Dans Willis, L., & Lindwood, M. (Eds) *Measuring the quality of care*. Edinburg : Churchill Livingstone.
- Vaughn Roush, C., & Cox, J. E. (2000). The Meaning of Home. How it shapes the Practice of Home and Hospice Care. *Home Healthcare Nurse*, 18(6), 388-394.
- Veney, J. E., & Kaluzny, A.D. (1992). *Program evaluation for healthcare administrators* (2<sup>e</sup> Ed.). Ann Arbor Michigan : Health Administration Press.
- Ventura, M. R., Fox, R. N., Corley, M. C., & Mercurio, S. M. (1982). A patient satisfaction measure as a criterion to evaluate primary nursing. *Nursing Research*, 31, 226-230.
- Vézina, A., Vézina, J., & Tard, C. (1993). *Dynamique des relations des quatre acteurs impliqués dans le soutien des personnes âgées à domicile*. Laval : Université de Laval.
- Von Essen, L. (1991). The importance of nurse caring behaviors as perceived by Swedish hospital patients and nursing staff. *International Journal of Nursing Studies*, 28(3), 267-281.
- Vuori, H. V. (1984). *L'assurance de la qualité des prestations de santé : concepts and methods*. Copenhague : OMS.

- Vuori, H. (1987). Patient Satisfaction – An Attribute or Indicator of the Quality of Care? *Quality Review Bulletin*, 13(3), 106-108.
- Vuori, H. (1991). Patient satisfaction – does it matter? *Quality Assurance in Health Care*, 3(3), 183-189.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (1991). *Measurement in nursing research* (2<sup>e</sup> Éd.) Philadelphia : F. A. Davis Co.
- Ware, J. E. (1978). The measurement and meaning of patient satisfaction. *Health and Medical Care Service Review*.
- Ware, J. E., & Davies, A. R. (1984). Behavioral Consequences of Consumer Dissatisfaction with Medical Care. *Evaluation and Program Planning*, 6, 291-297.
- Watson, J. (1985). *Nursing Philosophy and Science of Caring*. Colorado: University Press.
- Wearing, J. (1994). The New Emphasis on Home Care. *The Canadian Nurse*, 90(2), 22-26.
- Westbrook, J. I. (1993). Patient satisfaction : methodological issues and research findings. *Australian Health Review*, 16(1), 75-88.
- Westra, B.L., Cullen, L., Brody, D., Jump, P., Granon, L., & Milad, E. (1995). Development of the home care client satisfaction instrument. *Public Health Nursing*, 12(6), 393-399.
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., & Starrin, B. (1993). Quality of care from a patients perspective. A grounded theory study. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 7, 113-120.
- Wilkins, K., & Beaudet, M. P. (2000). Soutien social aux aînés et soins à domicile. Statistiques Canada 82-003 *Rapport sur la santé*, 11(4), 43-53.
- Williams, B. (1994). Patient Satisfaction : a valid concept? *Social Sciences and Medicine*, 38(4), 509-516.
- Williams, B., Coyle, J., & Healy, D. (1998). The Meaning of patient satisfaction : an explanation of high reported levels. *Social Sciences and Medicine*, 47(9), 1351-1359.
- Williams, J. K. (1995). Measuring Outcomes in Home Care : Current Research and Practice. *Home Health Care Services Quarterly*, 15(3), 3-30.

- World Health Organization (1993). *Continuous quality development : a proposed national policy*. Copenhagen : World Health Organization.
- Young Mahon, P. (1996). An analysis of the concept "patient satisfaction" as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 1241-1248.
- Zeithaml, V., Parasuraman, A., & Berry, L. (1990). *Delivering Quality Service, Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The Free Press.
- Zimmer, J. G. (1991). A model of a comprehensive care system : case management, assessment and quality assurance. Dans Ory, M. G., & Duncker, A. P. *In Home Care for Older People. Health and Supportive Services* (Chap. 5), (pp. 115-125). California : Sage Publications.

*Appendice A*

*Liste des indicateurs de satisfaction soumis aux expertes*

## **LE SECTEUR RELATIONNEL**

Ce secteur touchant la relation avec la personne âgée/l'aidant familial réfère à l'humanisation des soins.

### **DIGNITÉ**

Définition: c'est le respect et la considération que mérite une personne.

1. **Que l'intervenante prenne le temps nécessaire pour s'occuper de la personne âgée.**
2. **Que l'intervenante traite la personne âgée avec respect.**
3. Que l'intervenante respecte les choix de la personne âgée et ne la force pas à faire certaines activités.
4. Que l'intervenante respecte les choix de l'aidant familial et ne le force pas à faire certaines activités.
5. Que l'intervenante s'occupe non seulement du problème ou difficulté immédiate de la personne âgée mais qu'elle tienne compte de l'ensemble de la personne âgée.
6. **Que l'intervenante tienne compte de la culture et des habitudes de vie de la personne âgée.**
7. Que l'intervenante traite les personnes âgées sur un même pied d'égalité sans aucune discrimination.
8. **Que le premier contact entre la personne âgée et l'intervenante soit chaleureux.**
9. **Que le premier contact entre l'aidant familial et l'intervenante soit chaleureux.**
10. **Que lors du premier contact avec la personne âgée, l'intervenante se présente (nom, titre, rôle).**
11. **Que lors du premier contact avec l'aidant familial, l'intervenante se présente (nom, titre, rôle).**

12. **Que l'intervenante parle à la personne âgée avec politesse et courtoisie.**
13. **Que l'intervenante respecte les biens personnels de la personne âgée (vêtements, meubles, etc.).**
14. **Que l'intervenante demande le consentement à la personne âgée avant de lui donner un soin.**
15. **Que l'intervenante encourage la personne âgée qui demande de participer à une tâche ou une activité.**
16. **Que l'intervenante encourage l'aidant familial qui demande de participer à une tâche ou une activité.**
17. Que l'intervenante n'impose pas des services à la personne âgée.
18. Que l'intervenante n'impose pas des services à l'aidant familial.
19. Que l'intervenante se soucie de ne pas prendre de décision à la place de la personne âgée.
20. Que la personne âgée reçoive des soins individualisés.
21. Que la personne âgée reçoive des services selon ses besoins.
22. Que l'intervenante soit dévouée.
23. **Que la personne âgée puisse exprimer où, dans la maison, elle souhaite recevoir ses soins ou traitements.**
24. Que l'intervenante considère les suggestions de la personne âgée.
25. **Que l'intervenante considère les suggestions de l'aidant familial.**
26. **Que l'intervenante respecte les traditions culturelles et les croyances religieuses de la personne âgée.**
27. **Que l'intervenante présente les renseignements de façon à ce que la personne âgée les comprenne.**
28. Que le service de maintien à domicile ait une politique visant le respect et la promotion des droits des personnes âgées.



29. Que le service de maintien à domicile ait une politique visant la protection des personnes âgées contre les mauvais traitements, l'exploitation, la discrimination et la négligence.

## INTIMITÉ

Définition: l'intimité assure à l'individu une relation personnalisée, confidentielle et sécuritaire. Elle requiert un environnement physique confortable et des comportements empreints d'attention et de discrétion.

30. **Que l'intimité de la personne âgée soit respectée lorsque ses soins sont donnés par le personnel infirmier.**
31. **Que l'intervenante fasse preuve de discrétion à l'égard de la personne âgée.**
32. **Que la personne âgée puisse avoir la possibilité de choisir un employé du sexe de son choix pour les soins d'hygiène ou soins intimes.**
33. Que l'auxiliaire familiale puisse tenir compagnie à la personne âgée.
34. Que l'auxiliaire familiale puisse devenir une amie pour la personne âgée.
35. Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte de sa santé physique.
36. **Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte de son état mental, y compris les caractéristiques liées à sa personnalité et à son comportement.**
37. Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte de son état fonctionnel et son stade de réadaptation.
38. **Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte de son état nutritionnel, ses préférences alimentaires et ses exigences diététiques spéciales.**
39. Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte de son état émotionnel, y compris sa capacité de composer avec des problèmes de santé.
40. **Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte du soutien et des capacités de l'aidant familial.**
41. **Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte du soutien et des capacités de la famille.**
42. **Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte des besoins de l'aidant familial en matière de soins de relève.**

43. Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte de son orientation, ses besoins spirituels, y compris ses préoccupations découlant du fait de devoir affronter la mort.
44. **Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte de la négligence et des mauvais traitements, en cours ou passés, à son égard.**
45. Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte de sa perception de sa qualité de vie.
46. **Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte de sa sociabilité, son réseau de relations et ses conditions de logement.**
47. **Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte de ses capacités et ses préférences en matière d'activités et de loisirs.**
48. Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte de sa situation financière.
49. Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte des résultats qu'elle vise et ses attentes à l'égard des services.
50. Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte de ses connaissances sur la façon de prévenir les problèmes de santé et de conserver un style de vie sain.
51. Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte des connaissances de l'aidant familial sur la façon de prévenir les problèmes de santé et de conserver un style de vie sain.
52. Que l'ensemble des intervenantes soit formé relativement à ses responsabilités professionnelles et légales en matière de confidentialité.
53. **Que l'intervenante appropriée ait accès aux renseignements concernant la personne âgée.**
54. Que l'intervenante obtienne le consentement de la personne âgée avant de divulguer des renseignements à l'aidant familial.
55. Que l'intervenante obtienne le consentement de la personne âgée avant de divulguer des renseignements à d'autres organismes.

56. Que l'intervenante respecte le choix de la personne âgée de refuser que certaines personnes jouent un rôle dans les services qu'elle reçoit.
57. **Que l'intervenante tienne compte, dans l'élaboration du plan d'intervention, des besoins physiques, mentaux, spirituels et émotionnels de la personne âgée.**
58. **Que l'intervenante tienne compte dans l'élaboration du plan d'intervention des choix éclairés et des préférences de la personne âgée.**
59. **Que l'intervenante tienne compte dans l'élaboration du plan d'intervention des choix éclairés et des préférences de l'aidant familial.**
60. **Que l'intervenante ne pose pas de questions à la personne âgée qui n'ont pas de rapport avec son problème ou difficulté.**
61. **Que l'intervenante traite le dossier médical de la personne âgée de façon confidentielle.**

## EMPATHIE

Définition: c'est exprimer notre compréhension de ce que l'autre ressent. Elle implique une écoute attentive.

62. **Que l'intervenante écoute attentivement la personne âgée.**
63. **Que l'intervenante ait de la considération pour l'aidant familial qui assiste la personne âgée.**
64. **Que l'intervenante comprenne bien la personne âgée.**
65. **Que l'intervenante soit attentive aux préoccupations de la personne âgée.**
66. **Que l'intervenante soit attentive aux préoccupations de l'aidant familial.**
67. **Que la personne âgée ait la possibilité de confier ses problèmes ou préoccupations à une intervenante.**
68. **Que l'aidant familial ait la possibilité de confier ses problèmes ou préoccupations à une intervenante.**
69. **Que l'intervenante réponde bien à toutes les questions de la personne âgée.**
70. **Que l'intervenante réponde bien à toutes les questions de l'aidant familial.**
71. **Qu'en tout temps, l'intervenante respecte les émotions de la personne âgée (ex. colère, tristesse).**
72. **Que s'établisse un lien de confiance entre l'intervenante et l'aidant familial.**
73. **Que l'intervenante démontre une capacité d'écoute dès l'accueil de la demande de services.**
74. **Que l'intervenante soit sensible et compréhensive au problème ou difficulté de la personne âgée.**

## **LE SECTEUR PROFESSIONNEL**

Ce secteur, qui touche la prestation du service sous l'angle professionnel, fait référence à un métier, une façon bien précise de répondre aux besoins de la personne âgée/ de l'aidant familial.

### **FIABILITÉ**

Définition: c'est l'assurance d'un fonctionnement sans problème à l'intérieur de limites connues ou raisonnables (temps, environnement) tel que promis de façon explicite ou implicite. Elle implique compétence, cohérence, rigueur et transparence.

- 75. Que les soins soient dispensés avec douceur et adaptés au rythme de la personne âgée.**
- 76. Que les rendez-vous soient traités avec ponctualité.**
- 77. Que la personne âgée puisse faire valoir ses droits si elle est insatisfaite du service offert.**
78. Que l'intervenante soit compétente, c'est-à-dire qu'elle ait des connaissances approfondies dans son domaine et qu'elle fasse preuve de jugement.
- 79. Que la personne âgée obtienne les résultats des examens et tests dans un délai raisonnable.**
- 80. Que l'infirmière explique à la personne âgée les résultats de ses examens et traitements.**
- 81. Que l'infirmière agisse pour soulager les malaises ou la douleur de la personne âgée.**
- 82. Que les conseils donnés par l'intervenante facilitent l'adaptation de la personne âgée à sa nouvelle condition de santé.**
- 83. Que l'intervenante téléphone à la personne âgée pour planifier chaque visite à domicile.**
- 84. Que l'intervenante téléphone avant de se rendre au domicile de la personne âgée.**

85. **Que la personne âgée connaisse le nom de la personne du CLSC à contacter pour faire des commentaires ou une plainte.**
86. **Que la personne âgée ait la possibilité de consulter son dossier médical en tout temps.**
87. Que dès le premier contact avec le service du maintien à domicile, la personne âgée puisse être en mesure d'identifier l'intervenante responsable de coordonner ses services.
88. **Que dès le premier contact avec le service du maintien à domicile, la personne âgée puisse communiquer avec l'intervenante responsable de coordonner ses services.**
89. **Que dès le premier contact avec le service du maintien à domicile, l'aidant familial soit en mesure d'identifier l'intervenante responsable de coordonner les services de la personne âgée.**
90. **Que dès le premier contact avec le service du maintien à domicile, l'aidant familial puisse communiquer avec l'intervenante responsable de coordonner les services de la personne âgée.**
91. **Qu'il y ait suffisamment d'intervenantes (infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleuses sociales, diététistes, médecins) au service de maintien à domicile pour répondre aux besoins de la personne âgée.**
92. **Qu'il y ait suffisamment d'intervenantes (infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleuses sociales, diététistes, médecins) au service de maintien à domicile pour répondre aux besoins de l'aidant familial.**
93. **Qu'il y ait suffisamment d'auxiliaires familiales au service de maintien à domicile pour répondre aux besoins de la personne âgée.**
94. **Qu'il y ait suffisamment d'auxiliaires familiales au service de maintien à domicile pour répondre aux besoins de l'aidant familial.**
95. Qu'il y ait suffisamment de bénévoles au service de maintien à domicile pour répondre aux besoins de la personne âgée.
96. Qu'il y ait suffisamment de bénévoles au service de maintien à domicile pour répondre aux besoins de l'aidant familial.
97. **Que l'ensemble des intervenantes soit formé à l'approche gériatrique.**

98. **Que l'intervenante adapte les services à l'évolution de la situation de la personne âgée.**
99. **Que l'intervenante adapte les services à l'évolution de la situation de l'aidant familial.**
100. **Que les intervenantes des agences soient aussi compétentes que les intervenantes du maintien à domicile.**
101. **Que le service de maintien à domicile collabore au programme de dépistage de l'abus et violence à l'endroit des aînés.**
102. Que les intervenantes soient méticuleuses dans leurs soins.
103. **Que les services professionnels soient dispensés exclusivement par des professionnels de la santé (par exemple, que les soins infirmiers soient dispensés exclusivement par une infirmière).**
104. **Qu'une professionnelle de la santé soit responsable de la gestion de tous les services offerts au service de maintien à domicile.**
105. Que chaque intervenante soit évaluée dans ses fonctions de façon régulière (par exemple 1 fois par an).
106. Que les intervenantes soient honnêtes.
107. Que l'auxiliaire familiale ne requière pas de surveillance directe par la personne âgée dans l'exécution de ses tâches.
108. Que l'auxiliaire familiale ne requière pas de surveillance directe par l'aidant familial dans l'exécution de ses tâches.
109. **Que l'auxiliaire familiale ait reçu un bon entraînement dans ses fonctions.**
110. Que l'auxiliaire familiale soit ponctuelle.
111. **Que l'infirmière contacte d'autres professionnels de la santé concernant une détérioration dans l'état de santé de la personne âgée plutôt que de laisser la personne âgée le faire.**
112. **Que l'intervenante communique avec la personne âgée lorsqu'elle prévoit un retard.**



113. **Que la personne âgée puisse contacter l'infirmière si elle souffre d'effets secondaires ou indésirables liés à ses médicaments.**
114. **Que l'aidant familial puisse contacter l'infirmière si la personne âgée souffre d'effets secondaires ou indésirables liés à ses médicaments.**
115. **Que l'intervenante enseigne des techniques nécessaires à la personne âgée afin qu'elle puisse effectuer les activités de la vie quotidienne (hygiène, habillement, etc.) pour palier à son handicap ou perte d'autonomie.**
116. Que l'infirmière effectue l'évaluation de l'état de santé de la personne âgée.
117. Que l'infirmière surveille l'état de santé de la personne âgée.
118. Que l'infirmière détecte les problèmes de santé de la personne âgée.
119. Que l'infirmière évalue l'état de santé de l'aidant familial.
120. Que l'infirmière détecte les problèmes de santé de l'aidant familial.
121. **Que l'infirmière surveille l'état de santé de l'aidant familial.**
122. **Que l'intervenante respecte les engagements pris lors de sa rencontre avec la personne âgée.**
123. Que l'intervenante cerne et élimine les obstacles qui empêchent la personne âgée d'atteindre les buts visés et d'obtenir les résultats attendus.
124. Que l'enseignement, le soutien émotif et le counseling soient fournis par une intervenante ayant les connaissances appropriées.
125. Que le degré de satisfaction de la personne âgée soit évalué et consigné à son dossier.
126. Que le degré de satisfaction de l'aidant familial soit évalué et consigné au dossier de la personne âgée.
127. **Qu'un membre de l'équipe de gestion du maintien à domicile prenne régulièrement connaissance des incidents et événements défavorables survenus au moment des services et prenne les mesures nécessaires.**
128. **Que l'ensemble des intervenantes reçoivent la formation nécessaire pour reconnaître les situations qui pourraient entraîner une crise.**

129. **Que l'ensemble des intervenantes reçoivent la formation nécessaire pour prendre les mesures nécessaires afin de prévenir les crises.**
130. **Que tous les membres du service du maintien à domicile aient une formation à jour en réanimation cardio-respiratoire de base.**
131. **Que tous les membres du service du maintien à domicile aient accès à l'équipement de réanimation de base.**
132. Que l'ensemble des intervenantes reçoivent une formation continue sur les façons de reconnaître, d'éliminer et de contrôler les comportements violents ou agressifs.
133. Que les services soient élaborés et améliorés en fonction des résultats de la recherche, des évidences relatives aux meilleures pratiques et des idées novatrices du personnel.
134. **Que chaque intervenant s'assure que la personne âgée ait la possibilité d'accéder aux services du CLSC.**
135. **Que les obstacles qui empêchent la personne âgée d'avoir accès aux services soient cernés et éliminés.**
136. Que les obstacles qui empêchent l'aidant familial d'avoir accès aux services soient cernés et éliminés.
137. Que le service de maintien à domicile ait des critères d'admissibilité établis.
138. Que l'intervenante qui coordonne les services puisse résoudre les différents entre la personne âgée et le prestataire de services.
139. Que l'intervenante renseigne la personne âgée sur les activités de recherche liées à ses besoins en matière de services auxquelles elle a accès.
140. Que l'intervenante renseigne l'aidant familial sur les activités de recherche liées à ses besoins en matière de services auxquelles il a accès.
141. **Que le processus d'évaluation des besoins de la personne âgée soit mené à terme par l'intervenante ayant les connaissances requises pour le faire.**
142. Qu'un membre de l'équipe de gestion du service de maintien à domicile soit désigné pour faire une enquête sur toutes allégations de violation des droits de la personne âgée.

143. **Que l'intervenante, la personne âgée et l'aidant familial travaillent ensemble à identifier les buts visés et les résultats attendus et élaborent un plan d'intervention intégré.**
144. **Que les buts visés et les résultats attendus propres à chaque personne âgée soient réalisables.**
145. **Que les services de maintien à domicile soient offerts conformément aux normes régissant la pratique, aux lois et aux politiques de l'établissement.**
146. **Que l'intervenante ait les connaissances nécessaires pour fournir les services à la personne âgée présentant plus d'un problème de santé.**
147. **Que la durée et la fréquence des services de même que les méthodes utilisées pour les fournir soient appropriées aux besoins de la personne âgée.**
148. **Que l'intervenante utilise les ressources mises à sa disposition de la façon la plus efficiente.**
149. **Que l'ensemble des intervenantes reçoivent la formation continue sur divers aspects de la pratique clinique de leur profession.**

## RESPONSABILISATION

Définition: tout ce qui peut concourir à l'accroissement de l'autonomie de quelqu'un et de sa capacité à prendre des initiatives, à assumer ses responsabilités et à exercer le leadership voulu sur ce qui le concerne.

150. Que l'intervenante supporte les efforts de la personne âgée pour retrouver ou maintenir son autonomie (faire les activités seules).
151. **Que l'intervenante informe la personne âgée des différents services d'aide dont elle pourrait avoir besoin.**
152. **Que l'intervenante informe la personne âgée sur les choix possibles d'aides techniques.**
153. Que les conseils et le soutien reçus motivent la personne âgée à être fidèle à son traitement (ex : médicaments, diète).
154. Que les conseils et le soutien reçus motivent la personne âgée à adopter des habitudes de vie plus saines.
155. **Que l'intervenante ait de la considération pour l'opinion de la personne âgée avant de faire un changement qui la concerne.**
156. **Que l'intervenante encourage la personne âgée à faire le plus de choix possible par elle-même.**
157. **Que l'intervenante donne des informations à la personne âgée sur les choix qui se présentent et leurs conséquences.**
158. Que l'intervenante donne des conseils pour éviter que la personne âgée ait des problèmes de santé.
159. **Que l'intervenante donne des conseils pour éviter que l'aidant familial ait des problèmes de santé.**
160. **Que l'aidant familial participe, par ses commentaires, à l'évaluation du personnel fournissant les services directs à domicile.**
161. Que la personne âgée ait le contrôle sur les tâches effectuées à domicile par l'auxiliaire familiale.

162. Que l'aidant familial ait le contrôle sur les tâches effectuées à domicile par l'auxiliaire familiale.
163. Que les services reçus aident la personne âgée à s'occuper de ses problèmes de façon plus efficace.
164. **Que les services aident la personne âgée à éviter les hospitalisations.**
165. **Que l'intervenante sollicite la participation active de la personne âgée dans la prise de décision concernant sa vie et l'incite à faire des choix personnels au jour le jour.**
166. Que l'intervenante explique à l'aidant familial les risques associés au refus de services.
167. Que le consentement de la personne âgée puisse comporter un testament biologique.
168. Qu'avant que la personne âgée accepte de participer aux activités de recherche, l'intervenante lui fournisse les renseignements concernant les avantages prévus et les risques qui pourraient y être associés.
169. **Que la personne âgée puisse refuser des services.**
170. **Que l'aidant familial puisse refuser des services.**
171. **Que l'intervenante explique à la personne âgée les risques associés au refus de services.**
172. Que la personne âgée puisse contester une décision relative au plan d'intervention, le cas échéant.
173. **Que l'intervenante informe la personne âgée de ses droits, de façon continue.**
174. **Que l'intervenante aide la personne âgée à faire valoir ses droits.**
175. **Que l'intervenante aide l'aidant familial à faire valoir ses droits.**
176. **Que la personne âgée comprenne qu'elle a la responsabilité de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'intervention.**
177. **Que la personne âgée comprenne qu'il a la responsabilité de veiller à sa propre santé.**

178. **Que l'intervenante enseigne à la personne âgée à adopter un comportement positif.**
179. **Que l'intervenante informe la personne âgée des conséquences auxquelles elle devra faire face si elle n'assume pas ses responsabilités.**
180. **Que l'intervenante informe l'aidant familial des conséquences auxquelles il devra faire face si il n'assume pas ses responsabilités.**
181. Que l'intervenante utilise les renforcements négatifs seulement lorsque toutes les méthodes positives n'ont pas donné les résultats escomptés.
182. Que l'intervenante précise le rôle et la participation de la personne âgée aux services.
183. Que l'intervenante précise le rôle et la participation de l'aidant familial aux services.
184. **Que l'enseignement permette à la personne âgée de participer à la prestation des services et à la prise de décision.**
185. **Que l'enseignement aide la personne âgée à acquérir les habiletés nécessaires pour répondre à ses propres besoins et devenir aussi autonome que possible.**
186. **Que l'enseignement puisse permettre à la personne âgée d'apprendre à prévenir les déficiences secondaires et les complications.**
187. **Que l'enseignement puisse permettre à l'aidant familial d'apprendre à prévenir les déficiences secondaires et les complications.**
188. Que la personne âgée puisse participer activement à la planification de la fin des services.
189. **Que la personne âgée reconnaisse les signes avant-coureurs qui devraient l'amener à avoir de nouveau recours aux services.**

## APAISEMENT

Définition: c'est la capacité à calmer, rassurer une personne, lui apporter la sécurité.

190. **Que l'intervenante soit souriante.**
191. **Que l'intervenante explique à la personne âgée, de façon claire, comment se déroulent les examens.**
192. **Que l'intervenante explique à la personne âgée, de façon claire, le but des traitements.**
193. **Que l'infirmière explique à la personne âgée, de façon claire, les raisons pour lesquelles certains médicaments lui sont prescrits.**
194. **Que l'infirmière explique à la personne âgée, de façon claire, les effets secondaires possibles des médicaments.**
195. **Que les explications données à la personne âgée sur la façon de pratiquer les traitements à la maison soient claires.**
196. **Que la personne âgée soit informée du congé du soutien à domicile (c.-à-d. de la fin des services) dans un délai acceptable.**
197. **Que l'aidant familial soit informé du congé du maintien à domicile de la personne âgée (c.-à-d. la fin des services) dans un délai acceptable.**
198. **Que l'intervenante qui fait les traitements à la personne âgée soit rassurante.**
199. **Que l'intervenante explique à la personne âgée ce qui se passe tout au long du traitement.**
200. **Que l'intervenante fasse les efforts nécessaires pour répondre à toutes les questions de la personne âgée.**
201. **Que l'intervenante soutienne la personne âgée dans sa recherche d'une personne qualifiée dans le secteur privé au besoin.**
202. **Que l'intervenante soit calme et patiente.**
203. **Que la personne âgée se sente en sécurité.**

## SOLIDARISATION

Définition: tout ce qui peut favoriser le recours à l'entourage de la personne âgée (l'aidant familial, la famille, la communauté) afin de l'impliquer de près ou de loin dans la résolution d'un problème.

204. Que l'intervenante incite la personne âgée à obtenir le soutien de son entourage (parents, amis groupes communautaires).
205. **Que l'intervenante mette la personne âgée en contact avec d'autres personnes ou associations de personnes qui ont vécu des problèmes similaires au sien.**
206. **Que l'intervenante mette l'aidant familial en contact avec d'autres personnes ou associations de personnes qui ont vécu des problèmes similaires au sien.**
207. **Que l'intervenante permette la présence des proches auprès de la personne âgée en tout temps.**
208. **Que la personne âgée ait accès aux ressources de soutien à domicile tels que le répit, la présence - surveillance, le centre de jour.**
209. **Que l'aidant familial ait accès aux ressources de soutien à domicile tels que le répit, la présence - surveillance, le centre de jour.**
210. **Que le temps de répit accordé à l'aidant familial puisse être passé à l'extérieur du domicile ou à l'intérieur du domicile selon son choix.**
211. Que l'aidant familial qui refuse de recevoir des services à domicile puisse accéder aux services hors du domicile, ex : centre de jour.
212. Qu'il y ait de l'originalité et de la souplesse des services afin de diminuer le fardeau de l'aidant familial.
213. Que l'intervenante obtienne le consentement de l'aidant familial à contribuer aux soins requis par la personne âgée à domicile.
214. **Que les capacités de l'aidant familial soient évaluées en tenant compte du contexte de vie et de la dynamique familiale.**
215. **Que l'intervenante respecte les limites identifiées par l'aidant familial comme critère de décision pour l'allocation de services.**



216. Que l'intervenante établisse des limites claires à tout transfert de soins de type professionnel à l'aidant familial.
217. **Que l'infirmière enseigne les techniques de soins à l'aidant familial.**
218. **Que l'intervenante aide l'aidant familial à comprendre les problèmes de la personne âgée.**
219. **Que l'intervenante revoie la liste de services avec l'aidant familial pour qu'il puisse ajouter ses commentaires.**
220. **Que l'intervenante inclut l'aidant familial dans sa conversation avec la personne âgée.**
221. **Que l'intervenante écoute attentivement l'information communiquée par l'aidant familial au sujet de la personne âgée.**
222. **Que l'infirmière informe l'aidant familial des changements dans la médication de la personne âgée et le pourquoi du changement.**
223. **Que l'intervenante aide l'aidant familial à s'adapter à son rôle.**
224. **Que l'aidant familial participe à la planification, à l'élaboration et à l'évaluation des services de maintien à domicile.**
225. **Que l'aidant familial comprenne qu'il a la responsabilité de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'intervention.**
226. **Que l'aidant familial ait les connaissances suffisantes concernant l'état de la personne âgée.**
227. **Que l'aidant familial reçoive le soutien émotionnel et ait accès à des services de counseling pour composer avec les besoins de la personne âgée.**
228. **Que l'intervenante revoie le plan d'intervention au besoin en collaboration avec l'aidant familial.**

## LE SECTEUR ORGANISATIONNEL

Ce secteur, qui touche l'organisation du service, réfère à l'environnement, au contact, à la relation qui s'établit entre une personne âgée/aidant familial et une intervenante. Le contexte peut être plus ou moins facilitant et doté d'un certain confort; le service peut être plus ou moins accessible et les systèmes, politiques et procédures peuvent assurer ou non la rapidité, la continuité et la facilité du service.

### FACILITÉ

Définition: c'est la simplicité d'utilisation et de compréhension des services et la souplesse des systèmes face aux circonstances. La simplicité concerne autant les personnes (dont le comportement sera naturel, spontané, sans prétention) que les choses doivent être faciles à comprendre et à utiliser.

- 229. **Qu'il y ait peu de formalités lorsque la personne âgée fait affaires avec le service de maintien à domicile.**
- 230. **Qu'il y ait peu de formalités lorsque l'aidant familial fait affaires avec le service de maintien à domicile.**
- 231. Qu'il soit possible pour l'aidant familial de choisir l'intervenante ou de changer si ça ne va pas.
- 232. Que la personne âgée soit bien renseignée sur les services d'entretien et de réparations des équipements.
- 233. Que la personne âgée ait la possibilité d'obtenir de l'assistance durant la nuit.
- 234. Que l'aidant familial ait la possibilité d'obtenir de l'assistance durant la nuit.
- 235. Que la personne âgée reçoive le genre de services qu'elle désire.
- 236. Que des ressources de logement soient mises à la disposition de la personne âgée (ex: : appartements supervisés).
- 237. **Que la personne âgée soit informée sur la maladie, la nature et l'utilité des interventions et les ressources qui peuvent lui venir en aide.**
- 238. **Que l'intervenante privilégie les contacts en personne plutôt que par téléphone.**

239. **Que le service de maintien à domicile concentre davantage les services sur la clientèle ayant les plus grandes incapacités.**
240. **Que l'intervenante puisse fournir des noms de gardiens, gardiennes.**
241. **Que l'intervention vise non plus uniquement la personne âgée mais l'aidant familial qui en prend soin.**
242. **Que l'intervenante accorde du soutien à l'aidant familial afin de prévenir son épuisement physique et psychologique.**
243. **Que la réponse aux besoins de l'aidant familial s'avère une façon d'en arriver à diminuer son stress et son fardeau.**
244. **Que le service de maintien à domicile développe des programmes de soutien et d'accompagnement destinés spécifiquement à l'aidant familial.**
245. Que le service de maintien à domicile assure l'accès à tous les services requis à domicile et cela sans coût supplémentaire pour la personne âgée et/ou sa famille.
246. Que l'auxiliaire familiale effectue des tâches en dehors de sa description de tâches.
247. **Que si la personne âgée a un autre rendez-vous, l'intervenante doit changer son horaire de service pour accommoder la personne âgée.**
248. **Que l'infirmière remplisse les dossettes de la personne âgée.**
249. **Que l'infirmière prépare les seringues d'insuline, pour quelques jours à la fois, pour la personne âgée.**
250. Que l'infirmière fasse les soins de pieds à la personne âgée.
251. Que le personnel porte un uniforme.
252. Que le personnel porte une carte d'identité.
253. Que l'intervenante aide la personne âgée à prendre une marche à l'extérieur de la maison lorsque cette dernière se sent capable de le faire.
254. Que les services d'une diététiste soient disponibles à la personne âgée.

255. Que l'intervenante travaille en collaboration avec d'autres organismes pour qu'il soit plus facile à la personne âgée de passer d'un service à un autre à l'intérieur du système de santé.
256. Que le service de maintien à domicile limite les dédoublements pour la personne âgée (ex : utiliser des renseignements provenant d'autres organismes).
257. Que les ressources appropriées au service de maintien à domicile soient affectées au soutien des activités de prévention, de promotion et de dépistage précoce auprès de la personne âgée.
258. **Que l'intervenante explique à la personne âgée les raisons pour lesquelles les services n'ont pu être offerts.**
259. **Que l'intervenante explique à l'aidant familial les raisons pour lesquelles les services n'ont pu être offerts.**
260. Que l'intervenante consigne les raisons pour lesquelles la personne âgée s'est vu refuser l'accès aux services et utilise ces renseignements auprès des décideurs lors de la planification.
261. **Que l'intervenante fournisse des renseignements verbalement et par écrit à la personne âgée.**
262. **Que l'intervenante donne des renseignements à la personne âgée sur la façon dont les services seront fournis et à quel moment.**
263. **Que l'intervenante donne des renseignements à la personne âgée sur les ressources communautaires disponibles et la façon d'y accéder.**
264. **Que l'intervenante donne des renseignements à l'aidant familial sur les ressources communautaires disponibles et la façon d'y accéder.**
265. **Que l'intervenante donne des renseignements sur les frais que la personne âgée doit assumer.**
266. **Que l'intervenante informe la personne âgée qui choisit de mettre fin aux services de maintien à domicile qu'elle pourra avoir droit à d'autres services à l'avenir.**

## CONTINUITÉ

Définition: c'est l'assurance d'un traitement complet dépourvu de rupture dans la prise en charge, les responsabilités ou l'information.

267. **Qu'il y ait une bonne continuité et une bonne circulation de l'information entre les différents organismes de santé à Montréal.**
268. **Que le même intervenant s'occupe de la personne âgée, d'une fois à l'autre.**
269. **Que les différentes intervenantes donnent des renseignements uniformes.**
270. Que les services aient toujours lieu à la même heure.
271. **Que lors des congés des intervenantes, il n'y ait pas trop d'interruption de services.**
272. **Que les visites des intervenantes soient faites sur une base régulière.**
273. Que la planification des services se fasse au jour le jour.
274. Que le personnel ait un faible taux de roulement.
275. **Que l'intervenante réfère la personne âgée à d'autres professionnels de la santé au besoin.**
276. **Que l'infirmière conseille la personne âgée sur le suivi médical.**
277. Que l'auxiliaire familiale ait suffisamment de temps accordé pour s'orienter au domicile de la personne âgée.
278. **Qu'il y ait de la collaboration entre les intervenantes si la personne âgée a affaire à plus d'une intervenante.**
279. **Que l'infirmière conseille l'aidant familial sur le suivi médical de la personne âgée.**
280. **Qu'il y ait une continuité des services indépendamment des territoires sociosanitaires.**
281. Que l'intervenante qui coordonne les services reste en contact avec la personne âgée durant son hospitalisation.

282. Que l'intervenante qui coordonne les services reste en contact avec l'aidant familial durant l'hospitalisation de la personne âgée.
283. Que l'intervenante s'assure que la référence de la personne âgée à d'autres organismes soit justifiée.
284. Que l'information pertinente concernant la personne âgée soit communiquée au sein du service de maintien à domicile et entre les organismes au moment opportun avec efficacité et en respectant la confidentialité.
285. Que les services soient intégrés et coordonnés sans discontinuité et au moment opportun.
286. Que l'intervenante réévalue régulièrement la situation de la personne âgée en attente de services.
287. Que le contenu du testament biologique de la personne âgée soit communiqué aux membres appropriés de l'équipe et consigné au dossier de la personne âgée.
288. Que l'intervenante informe la personne âgée que son refus de participer à des activités de recherche n'a aucun impact sur les services qu'elle reçoit.
289. Que l'intervenante revoie l'évaluation des besoins de la personne âgée à intervalles réguliers tant que la personne âgée reçoit des services de maintien à domicile.
290. Que l'intervenante revoie l'évaluation des besoins de la personne âgée lorsqu'un changement important survient dans son état de santé.
291. Que le plan d'intervention de la personne âgée comprenne la durée estimative de la période nécessaire pour atteindre les buts visés et obtenir les résultats attendus.
292. Que le plan d'intervention de la personne âgée prévoie ses besoins futurs.
293. Que l'intervenante de relève soit informée des responsabilités qui lui sont confiées et des besoins de la personne âgée.
294. Que l'intervenante discute régulièrement avec la personne âgée de ses progrès.

**295. Que les obstacles à la continuité des services soient cernés et éliminés par l'intervenante.**

## ACCESSIBILITÉ

Définition: c'est la possibilité d'accès sur le plan de la géographie, des installations physiques, des horaires et de la culture.

296. **Que le CLSC soit facilement accessible par transport en commun ou qu'il soit possible de stationner à proximité.**
297. Que l'intervenante donne à la personne âgée de l'information adaptée à sa culture et à sa langue.
298. **Que le service de maintien à domicile offre des services à des heures qui conviennent à la personne âgée (fin de semaine, soirs, etc.).**
299. **Que les services de transport adapté répondent aux besoins de la personne âgée lors de ses déplacements entre la maison et l'hôpital pour traitement.**
300. **Qu'il y ait de la flexibilité dans l'horaire des services de maintien à domicile.**
301. **Que le CLSC informe la population des services offerts au maintien à domicile.**
302. Que le service de maintien à domicile desserve un plus grand nombre de personnes âgées en donnant des services en quantité limitée à chacune.
303. **Que le service de maintien à domicile ait une banque d'interprètes pour mieux adapter les services aux membres des différentes communautés culturelles.**
304. **Que le service de maintien à domicile ait une équipe de psychogériatrie qui se déplace au domicile de la personne âgée.**
305. Que les intervenantes du service de maintien à domicile ait accès à la clé du domicile de la personne âgée.
306. **Que l'infirmière fournisse des directives écrites sur quand et comment la rejoindre en cas d'urgence.**
307. **Que le service de maintien à domicile favorise l'accès à des soins psychologiques à domicile pour la personne âgée.**
308. Que le service de maintien à domicile favorise l'accès à des soins psychologiques à domicile pour l'aidant familial.



309. Que la personne âgée ait accès à une personne ressource pour l'aider à faire son budget.
310. **Que le service de maintien à domicile soit facilement accessible par téléphone.**
311. **Qu'une intervenante du maintien à domicile puisse accueillir l'aidant familial qui vient d'elle-même/de lui-même au CLSC.**
312. Que l'intervenante effectue l'évaluation dans la langue de préférence de la personne âgée.
313. **Que la personne âgée puisse recevoir un soutien et un enseignement qui tient compte de ses croyances, de ses valeurs, de son niveau d'alphabétisation et de ses capacités fonctionnelles.**
314. **Que l'aidant familial puisse recevoir un soutien et un enseignement qui tienne compte de ses croyances, de ses valeurs, de son niveau d'alphabétisation et de ses capacités fonctionnelles.**

## RAPIDITÉ

Définition: temps de réaction à une demande, plus ou moins long, selon les attentes et les besoins de la personne âgée/aidant familial.

315. **Que si la personne âgée a pris un rendez-vous avec une intervenante, ce rendez-vous ait lieu rapidement.**
316. **Que l'appel de la personne âgée soit retourné rapidement lorsqu'il a laissé un message à l'intervenante.**
317. **Que l'appel de l'aidant familial soit retourné rapidement lorsqu'il a laissé un message à l'intervenante.**
318. **Que l'intervenante indique à la personne âgée le délai approximatif pour la livraison de l'aide technique à domicile.**
319. **Que la personne âgée ait le sentiment de pouvoir obtenir du secours rapidement, en tout temps, s'il y a un problème.**
320. **Que l'aidant familial ait le sentiment de pouvoir obtenir du secours rapidement, en tout temps, s'il y a un problème.**
321. **Qu'aussitôt que la personne âgée en a besoin, elle ait accès à de l'équipement spécialisé et adapté.**
322. **Qu'aussitôt que l'aidant familial en a besoin, il ait accès à de l'équipement spécialisé et adapté.**
323. **Que l'intervenante identifie et organise rapidement des services supplémentaires selon les besoins de la personne âgée.**
324. **Que l'intervenante identifie et organise rapidement des services supplémentaires selon les besoins de l'aidant familial.**
325. **Que suite à une hospitalisation de la personne âgée, les services soient remis en place sans délai, lors de son retour à domicile.**
326. **Que le service de maintien à domicile établisse des directives concernant les délais d'intervention.**
327. **Que l'intervenante réponde promptement à la personne âgée qui vit une situation de crise.**

328. **Que le service de maintien à domicile évalue de façon continue la durée d'attente de services afin de minimiser les délais d'accès aux services pour les personnes âgées en attente.**
329. **Que l'intervenante communique régulièrement avec la personne âgée en attente de services pour lui indiquer à quel moment les services seront disponibles.**
330. **Que l'intervenante communique régulièrement avec l'aidant familial en attente de services pour lui indiquer à quel moment les services seront disponibles.**
331. **Que lors de l'évaluation de la personne âgée par l'intervenante, l'évaluation soit amorcée et achevée dans le délai fixé par le service de maintien à domicile.**
332. **Que les plaintes soient traitées de façon juste et au moment opportun.**

## CONFORT

Définition: c'est le sentiment de bien-être résultant d'un état des lieux sain, propre et ordonné et de l'équipement parfaitement adapté aux différentes situations.

333. **Que les équipements soient propres lors de leur livraison au domicile.**
334. **Que l'intervenante explique bien à la personne âgée le maniement de l'aide technique et le fonctionnement de ses mécanismes.**
335. **Que l'intervenante explique bien à l'aidant familial le maniement de l'aide technique et le fonctionnement de ses mécanismes.**
336. **Que l'aide technique soit ajustée selon les besoins de la personne âgée.**
337. **Que l'intervenante maintienne la propreté du domicile lorsqu'elle dispense ses soins.**
338. **Que la physiothérapeute évalue les équipements reliés à la mobilité que peut requérir la personne âgée.**
339. **Que l'ergothérapeute fasse l'évaluation de la personne âgée pour les aides techniques au bain et à l'alimentation.**
340. **Que l'intervenante fasse une évaluation de la sécurité de l'environnement physique du domicile (éclairage, carpepe, etc.).**
341. **Que la personne âgée se sente en sécurité lorsqu'elle utilise l'équipement fourni par le service de maintien à domicile.**
342. **Que l'intervenante prenne toutes les mesures nécessaires pour s'assurer que la personne âgée sera protégée contre les blessures, les accidents et les infections.**
343. **Que l'intervenante prenne toutes les mesures nécessaires pour que l'aidant familial soit protégé contre les blessures, les accidents et les infections.**
344. **Que l'enseignement donné par l'intervenante permette à la personne âgée d'apprendre les principes de base de la sécurité à la maison.**
345. **Que l'enseignement donné par l'intervenante permette à l'aidant familial d'apprendre les principes de base de la sécurité à la maison.**

346. **Que l'enseignement donné par l'intervenant permette à la personne âgée de manipuler et d'éliminer les matières ou les déchets dangereux (ex : seringues, aiguilles).**
347. **Que l'enseignement donné par l'intervenant permette à l'aidant familial de manipuler et d'éliminer les matières ou les déchets dangereux (ex : seringues, aiguilles).**
348. **Que la personne âgée apprenne à utiliser les médicaments de façon sécuritaire.**
349. **Que l'aidant familial apprenne à utiliser les médicaments auprès de la personne âgée de façon sécuritaire.**
350. **Que l'ensemble des intervenantes reçoive une formation sur les façons de cerner les risques, par exemple, les dangers physiques ou les comportements qui peuvent entraîner des blessures liées à l'utilisation de l'équipement.**

*Appendice B*

*Liste des sources correspondant aux indicateurs de satisfaction soumis aux expertes*

<b>Source</b>	<b>Numéros correspondant aux indicateurs de satisfaction</b>
Bowers, Swan & Kochler (1994)	310
Braun, Goto & Lenzer (1987)	254
Centre d'Excellence pour la santé des femmes (1999)	213, 214, 215, 216, 244, 245
Chiu (1997)	24, 25
Conseil Canadien d'agrément (1999)	15, 16, 19, 26, 27, 28, 29, 32, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 67, 68, 69, 70, 71, 87, 88, 89, 90, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 156, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 224, 225, 226, 227, 228, 235, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 269, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 295, 297, 311, 312, 313, 314, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350
Conseil Québécois d'agrément (2000)	74
Dubé, Vergara, Chabot, Jetté, Rheault, Jeannin & Bargiel (1996)	73, 280
Forbes (1994)	20, 21, 22, 33, 34, 80, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 161, 162, 182, 183, 217, 246, 247, 248, 249, 250, 274, 275, 276, 277, 279, 323, 324, 338, 339
Kristjanson (1986)	220, 221, 222, 223, 294
Lacroix (1994)	100, 101
Lévesque (1995)	78, 102, 122, 202, 203
McNeil (1999)	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 30, 31, 60, 61, 62, 63, 64, 76, 77, 79, 157, 158, 159, 190, 204, 205, 206, 229, 230, 231, 267, 268, 296, 298, 301, 315, 336, 337
Mitchell & Storfjell (1989)	149, 160, 103, 104, 105
Morris, Robinson, Simpson, Galey, Kirby, Martin & Myzychka (1999)	307, 308, 309
Nguyen, Attkisson & Stegner (1984)	163

<b>Source</b>	<b>Numéros correspondant aux indicateurs de satisfaction</b>
Paquet (1999)	17, 18, 72, 210, 211, 212, 241, 242, 243, 273
Philip & Stewart (1999)	164
Raynes (2000)	253, 281, 282, 325
Reif (1990)	115, 116, 117, 118, 119, 120, 121
Roberge, Loiselle, Lebel, Ducharme & Pineault (1998)	75
RRMC, MSSS & CHA (1999)	195
RRMC, MSSS & HRM (1999)	8, 9, 10, 11, 12, 65, 66, 81, 82, 150, 151, 191, 192, 193, 194, 196, 197, 198, 199, 316, 317, 318
RRMC, MSSS & HSJ (1999)	152, 232, 334, 335
RRMC & MSSS (1999)	153, 154
RRMC, MSSS, Résidences Y-B, RM et LR (1999)	13, 14, 83, 84, 85, 86, 155, 200, 233, 234, 270, 319, 320
Shaughnessy, Arnold, Kramer, Powell & Hittle (1994)	340
Swaine, Dutil, Demers, Guarna, Joyal, Crépeau & Quintal (2000)	207, 236, 271, 322, 321
Stricklin (1993)	23, 219, 251, 252, 306
Trahan, Bélanger & Bolduc (1993)	91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 201, 208, 209, 237, 238, 239, 240, 272, 299, 300, 303, 304
Vérona Service Satisfaction Scale (1993)	113, 114, 218, 278



*Appendice C*  
*Instructions aux expertes*

Étude exploratoire de l'importance relative  
accordée à des indicateurs de satisfaction  
des services de soutien à domicile par des  
personnes âgées et des aidants familiaux,  
utilisateurs de services

Monsieur,

Madame,

Vous trouverez ci-joint une liste exhaustive d'énoncés d'attentes en regard des services de soutien à domicile selon la perspective des utilisateurs, plus précisément selon la perspective de la personne âgée et selon la perspective de l'aidant familial.

Comme il est important de valider le contenu du domaine à l'étude, nous vous invitons, en tant qu'experte, à vous prononcer quant à la clarté et la pertinence de chacun des énoncés contenus dans la liste.

Quelques précisions concernant le projet de recherche

La présente étude est spécifique au contexte du domicile. Les services de soutien à domicile incluent les soins professionnels, l'aide à domicile, le répit et le gardiennage. Le client représente la personne âgée de 65 ans et plus présentant des problèmes de santé physique ou perte d'autonomie. La personne âgée avec troubles cognitifs est exclue de cet échantillonnage. L'aidant familial est le membre de la famille qui s'occupe de la personne âgée.

Procédure à suivre :

Pour chacun des énoncés, vous êtes prié d'encrer un chiffre correspondant à la clarté que vous lui accordez. La signification des chiffres est la suivante : 1 «pas clair du tout» 2 «peu clair» 3 «clair» 4 «très clair».

Puis, on vous demande de vous prononcer sur la pertinence que vous accorderez à chaque énoncé. La signification des chiffres est la suivante : 1 «pas pertinent du tout» 2 «peu pertinent» 3 «pertinent» 4 «très pertinent»

On vous demande donc de vous prononcer sur la clarté et la pertinence que vous accordez à chacun des énoncés de la liste.

EXEMPLE :

### DIGNITÉ

<b>Attentes (énoncés)</b>	<b>Clarté</b>	<b>Pertinence</b>
1. Que l'intervenant traite le client avec respect.	1 2 3 4	1 2 3 4
2. Que l'intervenant respecte le choix du client et ne le force pas à faire certaines activités.	1 2 3 4	1 2 3 4

Pour recevoir vos commentaires, un espace est prévu sous chaque sous-catégorie. À la fin du questionnaire, vous aurez aussi l'occasion d'écrire des commentaires de toute nature sur l'ensemble des catégories, sur la démarche utilisée ou pour soumettre un nouvel énoncé. Notez cependant qu'en aucun temps, vous n'êtes tenu de rédiger un commentaire dans ces espaces et de plus vous pouvez prendre plus d'espace qu'indiqué pour écrire vos commentaires. Dans la mesure du possible, nous vous prions d'être concis.

## DIGNITÉ

Attentes (énoncés)	Clarté	Pertinence	
1. Que l'intervenant traite le client avec respect.	1 2 <input type="radio"/> 4	1 2 3 <input type="radio"/>	(A)
2. Que l'intervenant respecte le choix du client et ne le force pas à faire certaines activités.	<input type="radio"/> 2 3 4	1 2 <input type="radio"/> 4	
<b>Commentaires</b>			
2. Je ne crois pas que cet énoncé soit particulièrement pertinent parce que ...			(B)

(A) Réponses

(B) Commentaires

Nous apprécierons grandement recevoir vos réponses à ce questionnaire au plus tard le 20 décembre prochain et nous nous rendrons sur place pour recueillir le questionnaire. Si vous avez des questions n'hésitez pas à me contacter au xxx-xxxx.

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration et pour votre intérêt pour le projet.

Veillez accepter mes meilleures salutations

Renée Claire Fox

Étudiante à la  
Maîtrise en sciences infirmières  
Université de Montréal

*Appendice D*

*Valeurs accordées par les expertes aux indicateurs de satisfaction soumis*

### Clarté

Enonces	Expert 1	Expert 2	Expert 3	moyenne	ecart-type	mediane
8	4	4	4	4,00	0,00	4
9	4	4	4	4,00	0,00	4
12	4	4	4	4,00	0,00	4
57	4	4	4	4,00	0,00	4
61	4	4	4	4,00	0,00	4
63	4	4	4	4,00	0,00	4
67	4	4	4	4,00	0,00	4
68	4	4	4	4,00	0,00	4
93	4	4	4	4,00	0,00	4
94	4	4	4	4,00	0,00	4
327	4	4	4	4,00	0,00	4
1	4	4	3	3,67	0,58	4
6	3	4	4	3,67	0,58	4
10	3	4	4	3,67	0,58	4
11	3	4	4	3,67	0,58	4
13	3	4	4	3,67	0,58	4
14	3	4	4	3,67	0,58	4
15	3	4	4	3,67	0,58	4
16	3	4	4	3,67	0,58	4
25	4	4	3	3,67	0,58	4
26	3	4	4	3,67	0,58	4
27	4	3	4	3,67	0,58	4
30	4	4	3	3,67	0,58	4
40	4	3	4	3,67	0,58	4
41	4	3	4	3,67	0,58	4
42	4	3	4	3,67	0,58	4
44	4	3	4	3,67	0,58	4
46	3	4	4	3,67	0,58	4
52	4	4	3	3,67	0,58	4
56	3	4	4	3,67	0,58	4
58	3	4	4	3,67	0,58	4
62	3	4	4	3,67	0,58	4
65	4	4	3	3,67	0,58	4
66	4	4	3	3,67	0,58	4
71	3	4	4	3,67	0,58	4
77	4	4	3	3,67	0,58	4
81	4	3	4	3,67	0,58	4
82	4	4	3	3,67	0,58	4
85	4	4	3	3,67	0,58	4
86	4	4	3	3,67	0,58	4
88	4	4	3	3,67	0,58	4
90	4	4	3	3,67	0,58	4
91	4	4	3	3,67	0,58	4
92	4	4	3	3,67	0,58	4
115	4	4	3	3,67	0,58	4
127	4	4	3	3,67	0,58	4
134	4	4	3	3,67	0,58	4

141	4	4	3	3,67	0,58	4
143	4	4	3	3,67	0,58	4
155	4	4	3	3,67	0,58	4
164	4	4	3	3,67	0,58	4
194	4	4	3	3,67	0,58	4
195	4	4	3	3,67	0,58	4
196	4	4	3	3,67	0,58	4
199	4	4	3	3,67	0,58	4
203	4	4	3	3,67	0,58	4
208	4	4	3	3,67	0,58	4
209	4	4	3	3,67	0,58	4
210	4	4	3	3,67	0,58	4
220	4	4	3	3,67	0,58	4
221	4	4	3	3,67	0,58	4
222	4	4	3	3,67	0,58	4
225	4	4	3	3,67	0,58	4
227	4	4	3	3,67	0,58	4
231	4	4	3	3,67	0,58	4
238	4	4	3	3,67	0,58	4
241	4	4	3	3,67	0,58	4
242	4	4	3	3,67	0,58	4
243	4	4	3	3,67	0,58	4
244	4	4	3	3,67	0,58	4
255	4	4	3	3,67	0,58	4
266	4	4	3	3,67	0,58	4
267	3	4	4	3,67	0,58	4
268	3	4	4	3,67	0,58	4
269	4	4	3	3,67	0,58	4
278	4	4	3	3,67	0,58	4
280	3	4	4	3,67	0,58	4
282	4	4	3	3,67	0,58	4
284	4	4	3	3,67	0,58	4
285	3	4	4	3,67	0,58	4
287	4	4	3	3,67	0,58	4
288	4	4	4	3,67	0,58	4
290	3	4	4	3,67	0,58	4
294	4	4	3	3,67	0,58	4
299	4	4	3	3,67	0,58	4
301	4	4	3	3,67	0,58	4
304	3	4	4	3,67	0,58	4
306	3	4	4	3,67	0,58	4
310	3	4	4	3,67	0,58	4
311	3	4	4	3,67	0,58	4
332	4	4	3	3,67	0,58	4
338	4	4	3	3,67	0,58	4
339	4	4	3	3,67	0,58	4
340	4	4	3	3,67	0,58	4
342	4	4	3	3,67	0,58	4
343	4	4	3	3,67	0,58	4

2	4	3	3	3,33	0,58	3
5	4	4	2	3,33	1,15	4
21	4	2	4	3,33	1,15	4
29	4	2	4	3,33	1,15	4
32	3	3	4	3,33	0,58	3
38	3	4	3	3,33	0,58	3
47	3	3	4	3,33	0,58	3
53	3	4	3	3,33	0,58	3
54	3	4	3	3,33	0,58	3
55	3	4	3	3,33	0,58	3
59	3	4	3	3,33	0,58	3
64	3	4	3	3,33	0,58	3
69	3	4	3	3,33	0,58	3
70	3	4	3	3,33	0,58	3
72	3	4	3	3,33	0,58	3
73	3	3	4	3,33	0,58	3
74	3	4	3	3,33	0,58	3
75	3	3	4	3,33	0,58	3
76	4	3	3	3,33	0,58	3
79	3	4	3	3,33	0,58	3
83	3	4	3	3,33	0,58	3
84	3	4	3	3,33	0,58	3
87	3	4	3	3,33	0,58	3
89	3	4	3	3,33	0,58	3
97	3	4	3	3,33	0,58	3
98	3	4	3	3,33	0,58	3
99	3	4	3	3,33	0,58	3
100	3	4	3	3,33	0,58	3
101	4	3	3	3,33	0,58	3
104	3	4	3	3,33	0,58	3
110	3	4	3	3,33	0,58	3
112	3	4	3	3,33	0,58	3
113	4	3	3	3,33	0,58	3
114	4	3	3	3,33	0,58	3
128	4	3	3	3,33	0,58	3
135	4	3	3	3,33	0,58	3
149	4	3	3	3,33	0,58	3
150	3	4	3	3,33	0,58	3
151	3	4	3	3,33	0,58	3
152	3	4	3	3,33	0,58	3
154	3	4	3	3,33	0,58	3
156	3	4	3	3,33	0,58	3
160	3	4	3	3,33	0,58	3
165	3	4	3	3,33	0,58	3
174	4	3	3	3,33	0,58	3
175	4	3	3	3,33	0,58	3
178	3	4	3	3,33	0,58	3
179	3	4	3	3,33	0,58	3
180	3	4	3	3,33	0,58	3



184	3	4	3	3,33	0,58	3
185	3	4	3	3,33	0,58	3
186	3	4	3	3,33	0,58	3
187	3	4	3	3,33	0,58	3
190	3	4	3	3,33	0,58	3
191	3	4	3	3,33	0,58	3
192	3	4	3	3,33	0,58	3
193	3	4	3	3,33	0,58	3
197	3	4	3	3,33	0,58	3
198	3	4	3	3,33	0,58	3
200	4	3	3	3,33	0,58	3
201	3	4	3	3,33	0,58	3
202	3	4	3	3,33	0,58	3
205	3	4	3	3,33	0,58	3
206	3	4	3	3,33	0,58	3
207	4	3	3	3,33	0,58	3
214	4	3	3	3,33	0,58	3
217	3	4	3	3,33	0,58	3
218	4	3	3	3,33	0,58	3
223	4	3	3	3,33	0,58	3
224	4	3	3	3,33	0,58	3
228	3	4	3	3,33	0,58	3
237	3	4	3	3,33	0,58	3
239	3	4	3	3,33	0,58	3
240	3	4	3	3,33	0,58	3
247	3	4	3	3,33	0,58	3
248	3	4	3	3,33	0,58	3
249	3	4	3	3,33	0,58	3
253	3	4	3	3,33	0,58	3
257	4	3	3	3,33	0,58	3
258	3	4	3	3,33	0,58	3
259	3	4	3	3,33	0,58	3
260	3	4	3	3,33	0,58	3
261	3	4	3	3,33	0,58	3
262	3	4	3	3,33	0,58	3
263	3	4	3	3,33	0,58	3
264	3	4	3	3,33	0,58	3
265	3	4	3	3,33	0,58	3
270	3	4	3	3,33	0,58	3
271	3	4	3	3,33	0,58	3
272	3	4	3	3,33	0,58	3
274	3	4	3	3,33	0,58	3
275	3	4	3	3,33	0,58	3
276	3	4	3	3,33	0,58	3
279	3	4	3	3,33	0,58	3
281	4	3	3	3,33	0,58	3
286	3	4	3	3,33	0,58	3
289	3	4	3	3,33	0,58	3
291	3	4	3	3,33	0,58	3

295	4	3	3	3,33	0,58	3
296	3	4	3	3,33	0,58	3
298	3	4	3	3,33	0,58	3
303	3	4	3	3,33	0,58	3
305	3	4	3	3,33	0,58	3
307	3	4	3	3,33	0,58	3
308	3	4	3	3,33	0,58	3
309	3	4	3	3,33	0,58	3
312	3	4	3	3,33	0,58	3
313	3	4	3	3,33	0,58	3
315	3	4	3	3,33	0,58	3
316	3	4	3	3,33	0,58	3
317	3	4	3	3,33	0,58	3
318	3	4	3	3,33	0,58	3
319	3	4	3	3,33	0,58	3
320	3	4	3	3,33	0,58	3
321	3	4	3	3,33	0,58	3
322	3	4	3	3,33	0,58	3
323	3	4	3	3,33	0,58	3
324	3	4	3	3,33	0,58	3
325	3	4	3	3,33	0,58	3
328	3	4	3	3,33	0,58	3
329	3	4	3	3,33	0,58	3
330	3	4	3	3,33	0,58	3
333	3	4	3	3,33	0,58	3
334	3	4	3	3,33	0,58	3
335	3	4	3	3,33	0,58	3
336	3	4	3	3,33	0,58	3
337	3	4	3	3,33	0,58	3
341	3	4	3	3,33	0,58	3
344	3	4	3	3,33	0,58	3
345	3	4	3	3,33	0,58	3
346	3	4	3	3,33	0,58	3
347	3	4	3	3,33	0,58	3
348	3	4	3	3,33	0,58	3
349	3	4	3	3,33	0,58	3
350	3	4	3	3,33	0,58	3
17	2	4	3	3,00	1,00	3
19	4	2	3	3,00	1,00	3
23	3	3	3	3,00	0,00	3
24	4	2	3	3,00	1,00	3
28	4	2	3	3,00	1,00	3
31	3	3	3	3,00	0,00	3
36	3	3	3	3,00	0,00	3
37	4	2	3	3,00	1,00	3
45	3	2	4	3,00	1,00	3
50	3	3	3	3,00	0,00	3
51	3	3	3	3,00	0,00	3
60	3	3	3	3,00	0,00	3

78	3	2	4	3,00	1,00	3
80	3	3	3	3,00	0,00	3
95	3	4	2	3,00	1,00	3
96	3	4	2	3,00	1,00	3
102	4	2	3	3,00	1,00	3
103	3	3	3	3,00	0,00	3
109	3	3	3	3,00	0,00	3
111	3	3	3	3,00	0,00	3
117	4	2	3	3,00	1,00	3
121	3	3	3	3,00	0,00	3
122	3	3	3	3,00	0,00	3
125	3	3	3	3,00	0,00	3
126	3	3	3	3,00	0,00	3
129	3	3	3	3,00	0,00	3
130	3	3	3	3,00	0,00	3
131	3	3	3	3,00	0,00	3
132	3	3	3	3,00	0,00	3
136	4	2	3	3,00	1,00	3
142	4	2	3	3,00	1,00	3
144	3	3	3	3,00	0,00	3
145	3	3	3	3,00	0,00	3
146	3	3	3	3,00	0,00	3
147	4	2	3	3,00	1,00	3
148	3	3	3	3,00	0,00	3
157	3	3	3	3,00	0,00	3
159	3	3	3	3,00	0,00	3
162	3	3	3	3,00	0,00	3
169	3	3	3	3,00	0,00	3
170	3	3	3	3,00	0,00	3
171	3	3	3	3,00	0,00	3
172	4	2	3	3,00	1,00	3
173	3	3	3	3,00	0,00	3
176	3	3	3	3,00	0,00	3
177	3	3	3	3,00	0,00	3
181	3	4	2	3,00	1,00	3
182	3	4	2	3,00	1,00	3
188	3	4	2	3,00	1,00	3
189	3	3	3	3,00	0,00	3
204	3	3	3	3,00	0,00	3
211	4	2	3	3,00	1,00	3
212	4	2	3	3,00	1,00	3
213	4	2	3	3,00	1,00	3
215	3	3	3	3,00	0,00	3
219	3	3	3	3,00	0,00	3
226	3	3	3	3,00	0,00	3
229	3	3	3	3,00	0,00	3
230	3	3	3	3,00	0,00	3
232	3	4	2	3,00	1,00	3
234	3	3	3	3,00	0,00	3

235	4	2	3	3,00	1,00	3
245	4	1	4	3,00	1,73	4
250	3	3	3	3,00	0,00	3
254	3	3	3	3,00	0,00	3
256	3	3	3	3,00	0,00	3
283	3	3	3	3,00	0,00	3
300	3	3	3	3,00	1,00	3
302	2	4	3	3,00	0,00	3
314	3	3	3	3,00	1,00	3
326	3	4	2	3,00	1,00	3
331	3	4	2	3,00	1,00	3
4	3	3	2	2,67	0,58	3
7	3	2	3	2,67	0,58	3
20	3	3	2	2,67	0,58	3
34	3	2	3	2,67	0,58	3
35	3	2	3	2,67	0,58	3
39	3	2	3	2,67	0,58	3
43	3	2	3	2,67	0,58	3
48	3	2	3	2,67	0,58	3
49	3	2	3	2,67	0,58	3
105	3	2	3	2,67	0,58	3
106	3	2	3	2,67	0,58	3
118	3	2	3	2,67	0,58	3
119	3	2	3	2,67	0,58	3
120	3	2	3	2,67	0,58	3
123	3	2	3	2,67	0,58	3
124	3	2	3	2,67	0,58	3
133	3	2	3	2,67	0,58	3
137	3	2	3	2,67	0,58	3
139	4	2	2	2,67	1,15	2
153	3	2	3	2,67	0,58	3
158	3	2	3	2,67	0,58	3
161	3	2	3	2,67	0,58	3
163	3	2	3	2,67	0,58	3
166	3	3	2	2,67	0,58	3
167	3	2	3	2,67	0,58	3
168	4	2	2	2,67	1,15	2
216	3	2	3	2,67	0,58	3
233	3	2	3	2,67	0,58	3
252	3	2	3	2,67	0,58	3
273	3	3	2	2,67	0,58	3
292	3	2	3	2,67	0,58	3
293	3	2	3	2,67	0,58	3
297	3	2	3	2,67	0,58	3
18	2	2	3	2,33	0,58	2
116	2	2	3	2,33	0,58	2
138	3	2	2	2,33	0,58	2
140	3	2	2	2,33	0,58	2
183	3	2	2	2,33	0,58	2

236	3	1	3	2,33	1,15	3
251	3	1	3	2,33	1,15	3
277	3	1	3	2,33	1,15	3
3	2	2	2	2,00	0,00	2
22	2	2	2	2,00	0,00	2
33	3	1	2	2,00	1,00	2
107	1	2	3	2,00	1,00	2
108	1	2	3	2,00	1,00	2
246	2	1	3	2,00	1,00	2

**Pertinence**

Énoncés	Expert 1	Expert 2	Expert 3	moyenne	écart-type	mediane
1	4	4	4	4,00	0,00	4
2	4	4	4	4,00	0,00	4
5	4	4	4	4,00	0,00	4
8	4	4	4	4,00	0,00	4
9	4	4	4	4,00	0,00	4
12	4	4	4	4,00	0,00	4
21	4	4	4	4,00	0,00	4
26	4	4	4	4,00	0,00	4
27	4	4	4	4,00	0,00	4
29	4	4	4	4,00	0,00	4
30	4	4	4	4,00	0,00	4
32	4	4	4	4,00	0,00	4
40	4	4	4	4,00	0,00	4
41	4	4	4	4,00	0,00	4
42	4	4	4	4,00	0,00	4
44	4	4	4	4,00	0,00	4
46	4	4	4	4,00	0,00	4
57	4	4	4	4,00	0,00	4
58	4	4	4	4,00	0,00	4
61	4	4	4	4,00	0,00	4
63	4	4	4	4,00	0,00	4
65	4	4	4	4,00	0,00	4
66	4	4	4	4,00	0,00	4
67	4	4	4	4,00	0,00	4
68	4	4	4	4,00	0,00	4
73	4	4	4	4,00	0,00	4
75	4	4	4	4,00	0,00	4
78	4	4	4	4,00	0,00	4
81	4	4	4	4,00	0,00	4
88	4	4	4	4,00	0,00	4
90	4	4	4	4,00	0,00	4
91	4	4	4	4,00	0,00	4
92	4	4	4	4,00	0,00	4
93	4	4	4	4,00	0,00	4
94	4	4	4	4,00	0,00	4
98	4	4	4	4,00	0,00	4
99	4	4	4	4,00	0,00	4
101	4	4	4	4,00	0,00	4
106	4	4	4	4,00	0,00	4
111	4	4	4	4,00	0,00	4
112	4	4	4	4,00	0,00	4
113	4	4	4	4,00	0,00	4
114	4	4	4	4,00	0,00	4
128	4	4	4	4,00	0,00	4
129	4	4	4	4,00	0,00	4
134	4	4	4	4,00	0,00	4
135	4	4	4	4,00	0,00	4

136	4	4	4	4,00	0,00	4
143	4	4	4	4,00	0,00	4
147	4	4	4	4,00	0,00	4
155	4	4	4	4,00	0,00	4
164	4	4	4	4,00	0,00	4
172	4	4	4	4,00	0,00	4
177	4	4	4	4,00	0,00	4
191	4	4	4	4,00	0,00	4
193	4	4	4	4,00	0,00	4
194	4	4	4	4,00	0,00	4
195	4	4	4	4,00	0,00	4
198	4	4	4	4,00	0,00	4
199	4	4	4	4,00	0,00	4
202	4	4	4	4,00	0,00	4
203	4	4	4	4,00	0,00	4
206	4	4	4	4,00	0,00	4
208	4	4	4	4,00	0,00	4
209	4	4	4	4,00	0,00	4
212	4	4	4	4,00	0,00	4
214	4	4	4	4,00	0,00	4
219	4	4	4	4,00	0,00	4
227	4	4	4	4,00	0,00	4
229	4	4	4	4,00	0,00	4
230	4	4	4	4,00	0,00	4
241	4	4	4	4,00	0,00	4
242	4	4	4	4,00	0,00	4
243	4	4	4	4,00	0,00	4
244	4	4	4	4,00	0,00	4
275	4	4	4	4,00	0,00	4
279	4	4	4	4,00	0,00	4
280	4	4	4	4,00	0,00	4
285	4	4	4	4,00	0,00	4
286	4	4	4	4,00	0,00	4
288	4	4	4	4,00	0,00	4
290	4	4	4	4,00	0,00	4
299	4	4	4	4,00	0,00	4
304	4	4	4	4,00	0,00	4
306	4	4	4	4,00	0,00	4
327	4	4	4	4,00	0,00	4
348	4	4	4	4,00	0,00	4
6	3	4	4	3,67	0,58	3
10	3	4	4	3,67	0,58	3
11	3	4	4	3,67	0,58	3
14	3	4	4	3,67	0,58	3
15	3	4	4	3,67	0,58	3
16	3	4	4	3,67	0,58	3
24	4	4	3	3,67	0,58	3
25	4	4	3	3,67	0,58	3
35	4	4	3	3,67	0,58	3

36	4	4	3	3,67	0,58	3
37	4	4	3	3,67	0,58	3
39	4	4	3	3,67	0,58	3
45	3	4	4	3,67	0,58	3
47	3	4	4	3,67	0,58	3
53	3	4	4	3,67	0,58	3
59	4	4	3	3,67	0,58	3
62	3	4	4	3,67	0,58	3
64	3	4	4	3,67	0,58	3
69	4	4	3	3,67	0,58	3
70	4	4	3	3,67	0,58	3
71	3	4	4	3,67	0,58	3
72	4	4	3	3,67	0,58	3
74	4	4	3	3,67	0,58	3
76	4	4	3	3,67	0,58	3
77	4	4	3	3,67	0,58	3
79	4	4	3	3,67	0,58	3
80	4	4	3	3,67	0,58	3
82	4	4	3	3,67	0,58	3
85	4	4	3	3,67	0,58	3
86	4	4	3	3,67	0,58	3
89	3	4	4	3,67	0,58	3
97	3	4	4	3,67	0,58	3
100	4	4	3	3,67	0,58	3
102	4	4	3	3,67	0,58	3
103	3	4	4	3,67	0,58	3
109	4	4	3	3,67	0,58	3
115	4	4	3	3,67	0,58	3
117	4	4	3	3,67	0,58	3
119	4	4	3	3,67	0,58	3
120	4	4	3	3,67	0,58	3
121	4	4	3	3,67	0,58	3
122	4	4	3	3,67	0,58	3
124	3	4	4	3,67	0,58	3
127	4	4	3	3,67	0,58	3
141	4	4	3	3,67	0,58	3
142	4	4	3	3,67	0,58	3
144	3	4	4	3,67	0,58	3
148	3	4	4	3,67	0,58	3
149	4	4	3	3,67	0,58	3
151	4	4	3	3,67	0,58	3
152	4	4	3	3,67	0,58	3
160	4	4	3	3,67	0,58	3
165	3	4	4	3,67	0,58	3
169	3	4	4	3,67	0,58	3
170	3	4	4	3,67	0,58	3
175	4	4	3	3,67	0,58	3
176	3	4	4	3,67	0,58	3
178	4	4	3	3,67	0,58	3



179	3	4	4	3,67	0,58	3
185	4	4	3	3,67	0,58	3
186	4	4	3	3,67	0,58	3
187	4	4	3	3,67	0,58	3
188	4	4	3	3,67	0,58	3
190	3	4	4	3,67	0,58	3
192	4	4	3	3,67	0,58	3
196	4	4	3	3,67	0,58	3
197	4	4	3	3,67	0,58	3
200	4	4	3	3,67	0,58	3
207	4	3	4	3,67	0,58	3
210	4	4	3	3,67	0,58	3
211	4	4	3	3,67	0,58	3
213	4	4	3	3,67	0,58	3
218	4	4	3	3,67	0,58	3
220	4	4	3	3,67	0,58	3
221	4	4	3	3,67	0,58	3
222	4	4	3	3,67	0,58	3
223	4	4	3	3,67	0,58	3
224	4	4	3	3,67	0,58	3
225	4	4	3	3,67	0,58	3
226	4	4	3	3,67	0,58	3
228	4	4	3	3,67	0,58	3
237	3	4	4	3,67	0,58	3
240	4	4	3	3,67	0,58	3
245	4	3	4	3,67	0,58	3
248	3	4	4	3,67	0,58	3
249	3	4	4	3,67	0,58	3
258	4	4	3	3,67	0,58	3
259	4	4	3	3,67	0,58	3
261	3	4	4	3,67	0,58	3
262	4	4	3	3,67	0,58	3
263	4	4	3	3,67	0,58	3
264	4	4	3	3,67	0,58	3
266	4	4	3	3,67	0,58	3
267	3	4	4	3,67	0,58	3
268	4	3	4	3,67	0,58	3
269	4	4	3	3,67	0,58	3
272	4	4	3	3,67	0,58	3
276	4	4	3	3,67	0,58	3
278	4	4	3	3,67	0,58	3
284	4	4	3	3,67	0,58	3
287	4	4	3	3,67	0,58	3
289	4	4	3	3,67	0,58	3
293	4	4	3	3,67	0,58	3
294	4	4	3	3,67	0,58	3
295	4	4	3	3,67	0,58	3
296	4	4	3	3,67	0,58	3
298	4	4	3	3,67	0,58	3

301	4	4	3	3,67	0,58	3
307	4	4	3	3,67	0,58	3
310	3	4	4	3,67	0,58	3
314	4	4	3	3,67	0,58	3
316	4	4	3	3,67	0,58	3
317	4	4	3	3,67	0,58	3
319	4	4	3	3,67	0,58	3
320	4	4	3	3,67	0,58	3
321	4	4	3	3,67	0,58	3
322	4	4	3	3,67	0,58	3
324	4	4	3	3,67	0,58	3
325	4	4	3	3,67	0,58	3
328	4	4	3	3,67	0,58	3
332	4	4	3	3,67	0,58	3
334	4	4	3	3,67	0,58	3
335	4	4	3	3,67	0,58	3
336	4	4	3	3,67	0,58	3
338	4	4	3	3,67	0,58	3
339	4	4	3	3,67	0,58	3
340	4	4	3	3,67	0,58	3
342	4	4	3	3,67	0,58	3
343	4	4	3	3,67	0,58	3
344	4	4	3	3,67	0,58	3
345	4	4	3	3,67	0,58	3
346	4	4	3	3,67	0,58	3
347	4	4	3	3,67	0,58	3
349	4	4	3	3,67	0,58	3
7	3	3	4	3,33	0,58	3
13	3	4	3	3,33	0,58	3
17	3	4	3	3,33	0,58	3
19	4	2	4	3,33	1,15	2
23	3	4	3	3,33	0,58	3
28	4	4	2	3,33	1,15	2
31	3	4	3	3,33	0,58	3
33	3	4	3	3,33	0,58	3
38	3	4	3	3,33	0,58	3
43	3	4	3	3,33	0,58	3
49	3	4	3	3,33	0,58	3
50	4	4	2	3,33	1,15	2
52	4	4	2	3,33	1,15	2
83	3	4	3	3,33	0,58	3
84	3	4	3	3,33	0,58	3
104	3	4	3	3,33	0,58	3
107	3	4	3	3,33	0,58	3
108	3	4	3	3,33	0,58	3
116	3	4	3	3,33	0,58	3
118	3	4	3	3,33	0,58	3
123	3	4	3	3,33	0,58	3
125	4	4	2	3,33	1,15	2

126	4	4	2	3,33	1,15	2
130	3	4	3	3,33	0,58	3
132	4	2	4	3,33	1,15	2
145	3	4	3	3,33	0,58	3
146	3	4	3	3,33	0,58	3
153	3	4	3	3,33	0,58	3
156	3	4	3	3,33	0,58	3
157	4	3	3	3,33	0,58	3
159	4	3	3	3,33	0,58	3
166	4	4	2	3,33	1,15	2
168	4	2	4	3,33	1,15	2
171	3	4	3	3,33	0,58	3
173	4	3	3	3,33	0,58	3
174	4	3	3	3,33	0,58	3
180	3	4	3	3,33	0,58	3
182	3	4	3	3,33	0,58	3
183	3	4	3	3,33	0,58	3
184	3	4	3	3,33	0,58	3
201	3	4	3	3,33	0,58	3
205	3	4	3	3,33	0,58	3
215	3	4	3	3,33	0,58	3
216	3	4	3	3,33	0,58	3
217	3	4	3	3,33	0,58	3
238	4	3	3	3,33	0,58	3
239	3	4	3	3,33	0,58	3
247	3	4	3	3,33	0,58	3
255	4	2	4	3,33	1,15	2
265	3	4	3	3,33	0,58	3
271	4	3	3	3,33	0,58	3
274	4	2	4	3,33	1,15	2
281	4	4	2	3,33	1,15	2
282	4	4	2	3,33	1,15	2
283	3	4	3	3,33	0,58	3
291	3	4	3	3,33	0,58	3
292	4	4	2	3,33	1,15	2
297	3	4	3	3,33	0,58	3
300	3	4	3	3,33	0,58	3
303	3	4	3	3,33	0,58	3
308	4	4	2	3,33	1,15	2
311	3	4	4	3,67	0,58	3
312	3	4	3	3,33	0,58	3
313	3	4	3	3,33	0,58	3
315	3	4	3	3,33	0,58	3
318	3	4	3	3,33	0,58	3
323	3	4	3	3,33	0,58	3
326	4	4	2	3,33	1,15	2
329	3	4	3	3,33	0,58	3
330	3	4	3	3,33	0,58	3
331	4	4	2	3,33	1,15	2

333	3	4	3	3,33	0,58	3
341	3	4	3	3,33	0,58	3
350	3	4	3	3,33	0,58	3
3	3	3	3	3,00	0,00	3
4	3	3	3	3,00	0,00	3
20	3	3	3	3,00	0,00	3
22	3	4	2	3,00	1,00	2
34	3	4	2	3,00	1,00	2
51	4	3	2	3,00	1,00	2
55	3	2	4	3,00	1,00	2
56	3	2	4	3,00	1,00	2
60	2	4	3	3,00	1,00	2
87	3	2	4	3,00	1,00	2
105	4	4	1	3,00	1,73	1
110	3	4	2	3,00	1,00	2
131	3	3	3	3,00	0,00	3
133	4	2	3	3,00	1,00	2
138	4	3	2	3,00	1,00	2
150	4	2	3	3,00	1,00	2
154	3	4	2	3,00	1,00	2
158	3	3	3	3,00	0,00	3
163	4	2	3	3,00	1,00	2
181	3	3	3	3,00	0,00	3
189	3	3	3	3,00	0,00	3
204	3	4	2	3,00	1,00	2
233	4	2	3	3,00	1,00	2
234	4	2	3	3,00	1,00	2
250	2	4	3	3,00	1,00	2
253	4	2	3	3,00	1,00	2
273	3	4	2	3,00	1,00	2
305	3	4	2	3,00	1,00	2
309	3	4	2	3,00	1,00	2
18	3	2	3	2,67	0,58	2
54	2	2	4	2,67	1,15	2
95	3	4	1	2,67	1,53	1
96	3	4	1	2,67	1,53	1
137	3	3	2	2,67	0,58	2
139	4	2	2	2,67	1,15	2
140	4	2	2	2,67	1,15	2
231	4	1	3	2,67	1,53	1
232	3	3	2	2,67	0,58	2
236	4	1	3	2,67	1,53	1
252	4	1	3	2,67	1,53	1
254	4	2	2	2,67	1,15	2
256	3	1	4	2,67	1,53	1
260	4	1	3	2,67	1,53	1
270	3	3	2	2,67	0,58	2
302	1	4	3	2,67	1,53	1
337	3	2	3	2,67	0,58	2

48	1	4	2	2,33	1,53	1
161	3	2	2	2,33	0,58	2
162	3	2	2	2,33	0,58	2
167	3	1	3	2,33	1,15	1
235	4	1	2	2,33	1,53	1
246	3	1	3	2,33	1,15	1
257	4	1	2	2,33	1,53	1
277	3	1	3	2,33	1,15	1
251	2	1	1	1,33	0,58	1

*Appendice E*

*Les indicateurs de satisfaction de la série Q*

**Secteur relationnel****dimension dignité**

14. Que l'intervenante demande le consentement à la personne âgée avant de lui donner un soin.
27. Que l'intervenante présente les renseignements de façon à ce que la personne âgée les comprenne.
11. Que lors du premier contact avec l'aidant familiale, l'intervenante se présente (nom, titre, rôle).

**Secteur relationnel****dimension intimité**

32. Que la personne âgée puisse avoir la possibilité de choisir un employé du sexe de son choix pour les soins d'hygiène ou soins intimes.
44. Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte de la négligence et des mauvais traitements, en cours ou passés, à son égard.
59. Que l'intervenante tienne compte dans l'élaboration du plan d'intervention des choix éclairés et des préférences de l'aidant familial.

**Secteur relationnel****dimension empathie**

63. Que l'intervenant ait de la considération pour l'aidant familial qui assiste la personne âgée.
67. Que la personne âgée ait la possibilité de confier ses problèmes ou préoccupations à une intervenante.
74. Que l'intervenante soit sensible et compréhensive au problème ou difficulté de la personne âgée.

**Secteur professionnel****dimension fiabilité**

85. Que la personne âgée connaisse le nom de la personne du CLSC à contacter pour faire des commentaires ou une plainte.
92. Qu'il y ait suffisamment d'intervenants (infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleuses sociales, diététistes, médecins) au service de soutien à domicile pour répondre aux besoins de l'aidant familial.
135. Que les obstacles qui empêchent la personne âgée d'avoir accès aux services soient cernés et éliminés.

**Secteur professionnel****dimension responsabilisation**

160. Que l'aidant familial participe, par ses commentaires, à l'évaluation du personnel fournissant les services directs à domicile.
165. Que l'intervenante sollicite la participation active de la personne âgée dans la prise de décision concernant sa vie et l'incite à faire des choix personnels au jour le jour.
184. Que l'enseignement permette à la personne âgée de participer à la prestation des services et à la prise de décision.

**Secteur professionnel****dimension apaisement**

196. Que la personne âgée soit informée du congé du soutien à domicile (c'est-à-dire de la fin des services) dans un délai acceptable.
197. Que l'aidant familial soit informé du congé du soutien à domicile de la personne âgée (c'est-à-dire la fin des services) dans un délai acceptable.
203. Que la personne âgée se sente en sécurité.



**Secteur professionnel****dimension solidarisation**

- 205. Que l'intervenante mette la personne âgée en contact avec d'autres personnes ou associations de personnes qui ont vécu des problèmes similaires au sien.
- 208. Que la personne âgée ait accès aux ressources de soutien à domicile tels que le répit, le gardiennage, le centre de jour.
- 210. Que le temps de répit accordé à l'aidant familial puisse être passé à l'extérieur du domicile ou à l'intérieur du domicile selon son choix.

**Secteur organisationnel****dimension facilité**

- 244. Que le service de maintien à domicile développe des programmes de soutien et d'accompagnement destinés spécifiquement à l'aidant familial.
- 247. Que si la personne âgée a un autre rendez-vous, l'intervenante doit changer son horaire pour accommoder la personne âgée.
- 262. Que l'intervenante donne des renseignements à la personne âgée sur la façon dont les services seront fournis et à quel moment.

**Secteur organisationnel****dimension continuité**

- 275. Que l'intervenante réfère la personne âgée à d'autres professionnels de la santé au besoin.
- 279. Que l'infirmière conseille l'aidant familial sur le suivi médical de la personne âgée.
- 286. Que l'intervenante réévalue régulièrement la situation de la personne âgée en attente de services.

**Secteur organisationnel****dimension accessibilité**

- 298. Que le service de soutien à domicile offre des services à des heures qui conviennent à la personne âgée (fin de semaine, soirs, etc.).
- 304. Que le service de soutien à domicile ait une équipe de psychogériatrie qui se déplace au domicile de la personne âgée.
- 311. Qu'une intervenante du soutien à domicile puisse accueillir l'aidant familial qui vient de lui-même au CLSC.

**Secteur organisationnel****dimension rapidité**

- 321. Qu'aussitôt que la personne âgée en a besoin, elle ait accès à de l'équipement spécialisé et adapté.
- 324. Que l'intervenante identifie et organise rapidement des services supplémentaires selon les besoins de l'aidant familial.
- 327. Que l'intervenante réponde promptement à la personne âgée qui vit une situation de crise.

**Secteur organisationnel****dimension confort**

- 346. Que l'enseignement donné par l'intervenante permette à la personne âgée de manipuler et d'éliminer les matières ou les déchets dangereux (ex.: seringues, aiguilles).
- 348. Que la personne âgée apprenne à utiliser les médicaments de façon sécuritaire.
- 349. Que l'aidant familial apprenne à utiliser les médicaments auprès de la personne âgée de façon sécuritaire.

*Appendice F*

*Les indicateurs de la série Q inscrits sur cartes*

*Que l'intervenante demande le consentement à la personne âgée avant de lui donner un soin.*

14

*Que l'intervenante présente les renseignements de façon à ce que la personne âgée les comprenne.*

27

*Que lors du premier contact avec l'aidant familial, l'intervenante se présente (nom, titre, rôle).*

11

*Que les besoins de la personne âgée soient évalués en tenant compte de la négligence et des mauvais traitements, en cours ou passés, à son égard.*

44

*Que la personne âgée puisse avoir la possibilité de choisir un employé du sexe de son choix pour les soins d'hygiène ou soins intimes.*

32

*Que l'intervenante tienne compte dans l'élaboration du plan d'intervention des choix éclairés et des préférences de l'aidant familial.*

59

*Que la personne âgée ait la possibilité de confier ses problèmes ou préoccupations à une intervenante.*

67

*Que l'intervenante soit sensible et compréhensive au problème ou difficulté de la personne âgée.*

74

*Que l'intervenante ait de la considération pour l'aidant familial qui assiste la personne âgée.*

63

*Que la personne âgée connaisse le nom de la personne du CLSC à contacter pour faire des commentaires ou une plainte.*

85

*Que les obstacles qui empêchent la personne âgée d'avoir accès aux services soient cernés et éliminés.*

135

*Qu'il y ait suffisamment d'intervenants (infirmières, physiothérapeutes, ergothérapeutes, travailleuses sociales, diététistes, médecins) au service de soutien à domicile pour répondre aux besoins de l'aidant familial.*

92

***Que l'intervenante sollicite la participation active de la personne âgée dans la prise de décision concernant sa vie et l'incite à faire des choix personnels au jour le jour.***

165

***Que l'enseignement permette à la personne âgée de participer à la prestation des services et à la prise de décision.***

184

***Que l'aidant familial participe, par ses commentaires, à l'évaluation du personnel fournissant les services directs à domicile.***

160

***Que la personne âgée soit informée du congé du soutien à domicile (c'est-à-dire de la fin des services) dans un délai acceptable.***

196

*Que la personne âgée se sente en sécurité.*

203

*Que l'aidant familial soit informé du congé du soutien à domicile de la personne âgée (c'est-à-dire la fin des services) dans un délai acceptable.*

197

*Que la personne âgée ait accès aux ressources de soutien à domicile tels que le répit, la présence - surveillance, le centre de jour.*

208

*Que le temps de répit accordé à l'aidant familial puisse être passé à l'extérieur du domicile ou à l'intérieur du domicile selon son choix.*

210



*Que l'intervenante mette la personne âgée en contact avec d'autres personnes ou associations de personnes qui ont vécu des problèmes similaires au sien.*

205

*Que l'intervenante donne des renseignements à la personne âgée sur la façon dont les services seront fournis et à quel moment.*

262

*Que si la personne âgée a un autre rendez-vous, l'intervenante doit changer son horaire pour accommoder la personne âgée.*

247

*Que le service de soutien à domicile développe des programmes de soutien et d'accompagnement destinés spécifiquement à l'aidant familial.*

244

*Que l'intervenante réfère la personne âgée à d'autres professionnels de la santé au besoin.*

275

*Que l'intervenante réévalue régulièrement la situation de la personne âgée en attente de services.*

286

*Que l'infirmière conseille l'aidant familial sur le suivi médical de la personne âgée.*

279

*Que le service de soutien à domicile ait une équipe de psychogériatrie qui se déplace au domicile de la personne âgée.*

304

*Que le service de soutien à domicile offre des services à des heures qui conviennent à la personne âgée (fin de semaine, soirs, etc.)*

298

*Qu'une intervenante du soutien à domicile puisse accueillir l'aidant familial qui vient de lui-même au CLSC.*

311

*Qu'aussitôt que la personne âgée en a besoin, elle ait accès à de l'équipement spécialisé et adapté.*

321

*Que l'intervenante réponde promptement à la personne âgée qui vit une situation de crise.*

327

*Que l'intervenante identifie et organise rapidement des services supplémentaires selon les besoins de l'aidant familial.*

324

*Que l'enseignement donné par l'intervenante permette à la personne âgée de manipuler et d'éliminer les matières ou les déchets dangereux (ex.: seringues, aiguilles).*

346

*Que la personne âgée apprenne à utiliser les médicaments de façon sécuritaire.*

348

*Que l'aidant familial apprenne à utiliser les médicaments auprès de la personne âgée de façon sécuritaire.*

349

*Appendice G*

*Instructions aux participants pour l'exécution de la classification Q*

### *Instruction pour l'exécution de la classification Q*

Les instructions guident le participant tout au long de la technique de classification Q. Les principales étapes (Gagnon, 1992; Waltz et al., 1991) sont les suivantes:

- 1- Le participant lit l'ensemble des 36 indicateurs afin de se familiariser avec le contenu.
- 2- À partir de l'ensemble des indicateurs de la série Q, le participant les trie en trois piles comme suit :
  - à droite le participant place 7 cartes qu'il juge très importantes, dans une pile.
  - à gauche le participant place 7 cartes qu'il juge peu importantes, dans une deuxième pile.
  - au milieu, le participant place 22 cartes pour lesquelles il est ambivalent, neutre ou incertain et ce dans une troisième pile placée entre la pile de droite et la pile de gauche.

Le participant se trouve donc à avoir effectué un premier triage à partir de l'ensemble de la série Q (McKeown et al., 1999; Waltz et al., 1991).

- 3- En étudiant les indicateurs dans la pile de droite, le participant sélectionne:
  - 2 indicateurs qu'il juge des plus importants et les place vis-à-vis la carte marqueur (+4) en colonne pour que chaque indicateur puisse être visible.

- 2 indicateurs qu'il juge importants mais de façon moins significative que les indicateurs déjà choisis pour la catégorie (+4). Il place les cartes ainsi choisies vis-à-vis la carte marqueur (+3) l'une à la suite de l'autre, en colonne, pour que chaque énoncé puisse être visible.
- 3 indicateurs qu'il juge important mais de façon moins significative que les indicateurs choisis pour la catégorie (+3). Il place les cartes ainsi choisies vis-à-vis la carte marqueur (+2) l'un à la suite de l'autre, en colonne, pour que chaque indicateur puisse être visible.

4- En étudiant maintenant les énoncés dans la pile de gauche, le participant sélectionne:

- 2 indicateurs qu'il juge très peu importants et les place vis-à-vis la carte marqueur (-4) l'un à la suite de l'autre en colonne pour que chaque énoncé puisse être visible.
- 2 indicateurs qu'il juge peu importants mais de façon moins significative que ceux qu'il a déjà choisis pour la colonne (-4). Il place les cartes ainsi choisies vis-à-vis la carte marqueur (-3) l'une à la suite de l'autre, en colonne, pour que chaque indicateur puisse être visible.
- 3 indicateurs qu'il juge peu importants mais de façon moins significative que ceux qu'il a déjà choisis pour la colonne (-3). Il place les cartes ainsi choisies vis-à-vis la carte marqueur (-2) l'une à la suite de l'autre, en colonne, pour que chaque indicateur puisse être visible.

- 5- Lorsque toutes les cartes de la pile de droite et de la pile de gauche sont placées sous les cartes marqueurs appropriées, le participant trie les énoncés du paquet du milieu selon le nombre déterminé par la courbe de distribution et les place vis-à-vis la carte marqueur des catégories restantes (-1, 0, +1) l'une à la suite de l'autre, en colonne, pour que chaque énoncé puisse être visible.
- 6- Après avoir placé toutes les cartes sur un continuum selon les conditions d'instructions, le participant observe la configuration et peut, à ce moment, changer la position de certaines cartes s'il le souhaite (McKeown et al., 1988).



*Appendice H*

*Formule d'information aux intervenants*

## LETTRÉ D'INFORMATION AUX INTERVENANTS

**Titre du mémoire:** Étude exploratoire de l'importance relative accordée à des indicateurs de satisfaction des services de soutien à domicile par des personnes âgées et des aidants familiaux, utilisateurs de services

**Chercheuse:** Renée Claire Fox, infirmière  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Université de Montréal

**Directeur:** Raymond Grenier, Ph.D.  
Professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières  
Université de Montréal

Cher (chère) collègue,

Je suis infirmière et actuellement étudiante à la maîtrise en sciences infirmières. Le but poursuivi par mon projet de recherche est l'identification et la description de l'importance relative accordée à des indicateurs de satisfaction avec les services de soutien à domicile du CLSC selon la perspective des personnes âgées et des aidants familiaux utilisateurs de services.

L'intérêt pour cette recherche découle de mon expérience comme gestionnaire du programme de maintien à domicile auprès de clientèles âgées et d'aidants familiaux. La réalisation de l'envergure de leurs besoins par rapport à la nature et la quantité des services offerts ainsi que l'absence quasi-totale de ces utilisateurs du processus évaluatif de ces services laissaient entrevoir la nécessité d'améliorer la mesure de la satisfaction avec ces services de maintien à domicile selon la perspective des personnes âgées et des aidants familiaux. Cette démarche est particulièrement pertinente dans le contexte de restrictions budgétaires.

L'absence d'outils de mesure de la satisfaction à partir d'indicateurs validés par des personnes âgées et des aidants familiaux rend difficile l'évaluation systématique de la qualité des services à domicile. Dès lors, il devient laborieux d'élaborer et d'implanter des stratégies visant à maintenir la qualité existante et à améliorer ce qui devrait l'être.

La présente vise à solliciter votre participation à ce projet de recherche. Dans un premier temps, j'aimerais que vous identifiiez les personnes âgées et les aidants familiaux principaux qui répondent aux critères suivants:

### Personnes âgées

- 65 ans et plus
- présentant une perte d'autonomie physique
- résidant au même domicile que l'aidant familial
- recevant un ou des services à domicile depuis 6 mois et plus
- recevant un service ou plus au moins une fois par mois du programme de maintien à domicile
- d'origine franco-qubécoise
- lisant le français

Sont exclues de cette étude les personnes âgées avec troubles cognitifs.

### Aidants familiaux

- aidants familiaux des personnes âgées participant à l'étude
- assumant le rôle d'aidant depuis au moins 6 mois
- résidant au même domicile que la personne âgée
- d'origine franco-qubécoise
- lisant le français

Une fois les participants identifiés, il vous sera ensuite demandé de communiquer avec eux afin de solliciter leur assentiment à participer à ce projet de recherche. La participation des personnes âgées et des aidants familiaux principaux consiste, pour chacun individuellement et sans concertation, à effectuer le triage, par importance, de 36 cartes affichant un énoncé sur les attentes en regard des services de soutien à domicile. Chaque énoncé représente un indicateur de satisfaction. Ce triage s'effectue sur 9 catégories de «peu important» à «très important». Je me rendrai au domicile de la personne âgée et de l'aidant familial pour expliquer à chaque participant comment faire le triage et je resterai sur place pour les aider. La personne âgée et l'aidant familial effectueront le triage simultanément et individuellement. Le temps requis est approximativement une heure et il n'y aura que cette visite de la part de la chercheuse.

Pour les personnes âgées et les aidants familiaux consentant à participer, on vous demande d'obtenir leur accord verbal pour que vous me donniez leur numéro de téléphone. Je téléphonerai à ces clients pour leur faire part du but de la recherche et des détails de leur participation. Suite à la transmission de ces renseignements et devant l'expression de leur intérêt à participer au projet, je prendrai un rendez-vous avec la personne âgée et l'aidant familial à leur domicile pour expliquer le processus de triage, obtenir leur consentement libre et éclairé écrit puis procéder à la collecte des données. Le nombre de dyades personne âgée / aidant familial pour cette étude est fixé à 15 (donc 15 personnes âgées et leurs 15 aidants familiaux). Les données individuelles recueillies lors de cette étude resteront confidentielles; seule la chercheuse aura accès aux données et elle en fera la saisie elle-même. L'anonymat des participants sera préservé en utilisant un code à la place du nom (ex.: personne âgée: p1, p2, etc. et aidant familial: a1, a2, etc.)

Comme vous le voyez, votre participation est essentielle au bon déroulement de ce projet et je vous suis personnellement reconnaissante du temps et de l'énergie que vous pourrez consacrer à cette recherche. Toutefois, votre participation est volontaire et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps. Veuillez m'en aviser le cas échéant.

Si vous avez des questions au sujet de cette recherche, n'hésitez pas à me téléphoner au numéro xxx-xxx-xxxx.

Je vous remercie pour votre intérêt et pour votre collaboration inestimable à la réalisation du projet de recherche.

Sincèrement,

Renée Claire Fox  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Université de Montréal

**PRÉAMBULE À COMMUNIQUER AUX PERSONNES ÂGÉES  
ET AUX AIDANTS FAMILIAUX PAR LES INTERVENANTS  
DES SERVICES DE MAINTIEN À DOMICILE**

J'ai rencontré une infirmière, son nom est Renée Claire Fox. Elle poursuit des études à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université de Montréal et fait présentement une recherche sur **l'importance que les personnes âgées et les aidants familiaux donnent à des énoncés de satisfaction** en regard des services de maintien à domicile. Elle aimerait donc connaître les opinions de personnes comme vous qui recevez des services à domicile.

Votre participation se limiterait à une chose: classer des cartes, par ordre d'importance un peu comme un jeu de patience. La chercheuse ira à votre domicile pour vous expliquer comment faire et restera avec vous pour aider. Ceci prendra environ une heure. Moi, je ne verrai pas vos réponses car ce n'est pas un projet du CLSC mais c'est une recherche d'une étudiante de l'Université de Montréal.

Si vous êtes intéressé(e), je peux lui donner votre numéro de téléphone et elle vous appellera pour vous donner plus de détails ou répondre à vos questions.

Elle apprécierait beaucoup avoir vos idées sur ce sujet parce que vos opinions comptent pour beaucoup. Cette étude servira plus tard à connaître le point de vue des personnes âgées et des aidants familiaux qui utilisent des services de maintien à domicile.

Mais quelle que soit votre décision, elle vous remercie du temps et de l'attention que vous lui accordez.

Signature de l'intervenant: \_\_\_\_\_

---

**INFORMATIONS À L'INTERVENANT**

- Un rappel: critères d'inclusion - personnes âgées
- 65 ans et plus
  - présentant une perte d'autonomie physique
  - résidant au même domicile que l'aidant familial

- recevant un ou des services à domicile depuis 6 mois et plus
- recevant un service ou plus au moins une fois par mois du programme de maintien à domicile
- d'origine franco-qubécoise
- lisant le français

Critères d'exclusion: personnes âgées avec troubles cognitifs.

Critères d'inclusion - aidants familiaux

- aidants familiaux des personnes âgées participant à l'étude
- assumant le rôle d'aidant depuis au moins 6 mois
- résidant au même domicile que la personne âgée
- d'origine franco-qubécoise
- lisant le français

Lorsque vous me téléphonez, s.v.p. me communiquer les noms de la personne âgée et de l'aidant familial, le numéro de téléphone où je peux les rejoindre, leur adresse complète.

N.B. La fin de la collecte des données est prévue pour la mi-septembre 2001.

Merci beaucoup.

*Appendice I*

*Formule d'information aux participants*

## **RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS**

**Titre de l'étude :** Étude exploratoire de l'importance relative accordée à des indicateurs de satisfaction des services de soutien à domicile par des personnes âgées et des aidants familiaux, utilisateurs de services

**Chercheuse responsable :** Renée Claire Fox  
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières  
Adresse  
Téléphone

**Directeur de recherche:** Raymond Grenier, Ph.D.  
Professeur titulaire, Faculté des sciences infirmières  
Adresse  
Téléphone

### **Buts de l'étude**

Le but de la recherche est d'identifier et décrire l'importance que des personnes âgées et des aidants familiaux, utilisateurs de services, donnent à des énoncés de satisfaction en rapport avec des services de soutien à domicile.

### **Déroulement de la recherche**

Dès que vous aurez autorisé l'intervenante à communiquer vos coordonnées à la chercheuse, elle vous téléphonera pour vous préciser en quoi consiste votre participation à cette étude. Si vous acceptez, nous fixerons un rendez-vous à votre domicile. Lors de cette rencontre, après vous avoir expliqué le but de l'étude et la façon de faire le triage des cartes, vous serez invité à signer la feuille de consentement. Par la suite, la personne âgée et l'aidant seront appelés à se prononcer sur les mêmes 36 énoncés tout en effectuant le triage individuellement et sans concertation. Nous resterons disponible sur place le temps nécessaire pour que vous puissiez faire le triage des cartes (environ 1 heure); nous pourrons répondre à vos questions et vous aider au besoin. À la fin de votre triage des cartes, nous inscrirons le numéro de chaque carte sur une grille de façon à reproduire la position exacte. Nous placerons cette grille dans une enveloppe qui sera cachetée.

### **Confidentialité**

L'ordre que vous donnez aux cartes sera inscrit sur une grille par la chercheuse. Sur cette même grille paraîtra un code à la place de votre nom (personne âgée: p1, p2, p3, etc. et pour l'aidant familial: a1, a2, a3, etc.) afin d'assurer votre anonymat. Ces



informations sont strictement confidentielles et ne seront connues que de la chercheuse responsable Renée Claire Fox; elle entrera les données dans l'ordinateur. La liste des participants sera conservée sous clé et sera détruite dès la fin de l'étude.

Nous prévoyons la participation de 15 dyades de personnes âgées – aidants familiaux c'est-à-dire 30 participants au total. Les caractéristiques des participants sollicités sont les suivantes :

Critères d'inclusion - personnes âgées

- 65 ans et plus
- présentant une perte d'autonomie physique
- résidant au même domicile que l'aidant familial
- recevant un ou des services à domicile depuis 6 mois et plus
- recevant un service ou plus au moins une fois par mois du programme de maintien à domicile
- d'origine franco-qubécoise
- lisant le français

Critères d'exclusion: personnes âgées avec troubles cognitifs.

Critères d'inclusion - aidants familiaux

- aidants familiaux des personnes âgées participant à l'étude
- assumant le rôle d'aidant depuis au moins 6 mois
- résidant au même domicile que la personne âgée
- d'origine franco-qubécoise
- lisant le français

Les résultats de la recherche seront publiés dans un mémoire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et transmis aux dirigeants et intervenants du CLSC participant ainsi que dans divers congrès.

### **Bénéfices et risques**

Le fait de participer à cette recherche ne vous accordera aucun avantage ou bénéfice personnel direct, sauf celui de contribuer grandement à l'avancement des connaissances sur la perspective des personnes âgées et des aidants familiaux en regard de l'importance qu'ils donnent aux énoncés (indicateurs) de satisfaction dans la mesure de la qualité des services de soutien à domicile. Votre contribution pourrait aider les infirmières à mesurer la satisfaction des clients avec les services de soutien à domicile d'après ce que vous jugez important.

Vous ne recevrez aucune rémunération pour votre participation. Il n'y a pas non plus de risque à participer à cette recherche, qui n'entraîne aucun changement dans les services que vous recevez ou pourrez recevoir dans le futur. Il n'y a pas d'enquête sur

votre satisfaction avec les services en cours ou passés. Pour éviter que vous ressentiez de la fatigue au cours de l'heure requise pour le triage des cartes, nous pourrions prendre une pause selon votre besoin. Votre participation à cette recherche est totalement volontaire. Vous pouvez vous retirer de la recherche en tout temps sans préjudice en téléphonant à Renée Claire Fox (tél. : xxx-xxx-xxxx) et sans obligation de votre part à justifier votre décision.

### **Possibilité de recours**

Pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez, après avoir discuté avec le responsable du projet, expliquer vos préoccupations à la présidente du Comité d'éthique de la recherche des Sciences de la santé, Mme Jocelyne St-Arnaud (tél. : xxx-xxx-xxxx). Suite à cet entretien, si vous avez des raisons sérieuses de croire que la réponse apportée est insuffisante, vous pourriez entrer en communication avec l'ombudsman de l'Université, Madame Marie-Josée Rivest (tél. : xxx-xxx-xxxx).

Je vous suis personnellement très reconnaissante de l'intérêt que vous portez à cette recherche et vous remercie de votre temps et de votre contribution inestimable à cette recherche. Vos opinions sont importantes et seront considérées avec respect.

### **Formulaire de consentement libre et éclairé**

Vous trouverez ci-inclus le formulaire de consentement que le participant et la chercheuse seront appelés à signer.

*Appendice J*

*Formulaire de consentement*

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ**

**Titre de l'étude :** Étude exploratoire de l'importance relative accordée à des indicateurs de satisfaction des services de soutien à domicile par des personnes âgées et des aidants familiaux, utilisateurs de services

**Chercheuse responsable :** Renée Claire Fox

Je, ..... déclare avoir pris connaissance du document ci-joint «Renseignements aux participants» dont j'ai reçu copie, en avoir discuté avec .....Renée Claire Fox..... et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question. Après mûre réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude.

Signature du sujet ..... Date.....

Je, .....Renée Claire Fox..... déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude à .....

Signature de l'investigatrice..... Date.....

*Appendice K*

*Grille pour reproduction de configuration des classements Q*



*Appendice L*

*Copie du certificat d'éthique*

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DES SCIENCES DE LA SANTÉ (CERSS)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

**Titre du projet :** «Étude exploratoire de l'importance accordée à des indicateurs de satisfaction des services de maintien à domicile par des personnes âgées et des aidants familiaux, utilisateurs de services».

**Sous la direction de :** Raymond Grenier

---

À la réunion du 19 juin 2001, sept membres du CERSS étaient présents. Ce sont : la présidente du comité et experte en éthique, la représentante de la Faculté de médecine dentaire, la représentante de la Faculté de pharmacie, la représentante de la Faculté des sciences infirmières, le représentant de l'École d'optométrie, l'experte en droit et la représentante des étudiants.

Ils ont jugé le projet mentionné ci-haut conforme aux règles d'éthique de la recherche sur les êtres humains.

---

Ce certificat est émis pour la période du : 28 juin 2001 au 28 juin 2002.



---

Jocelyne St-Arnaud, Ph.D.  
Présidente, CERSS  
Faculté des sciences infirmières  
Tél.: (514) 343-7619

Le 8 août 2001.



*Appendice M*

*Tableau V - Résultats des classifications effectuées  
par les personnes âgées – aidants familiaux*

Tableau V

Résultats des classifications effectuées par les personnes âgées – aidants familiaux

R/I	11	14	27	32	44	59	63	67	74	85	92	135	160	165	184	196	197	203	205	208	210	244	247	262	275	279	286	298	304	311	321	324	327	346	348	349		
pa1	0	-2	-3	3	0	0	1	-3	-2	-1	-4	1	0	0	-1	-4	-1	1	2	0	0	3	-2	0	0	-1	1	4	2	1	0	4	2	-1	0	0		
pa2	0	-1	1	4	0	0	1	1	-2	4	-3	0	-1	-1	1	1	-2	0	-4	-3	-2	2	0	-1	0	0	-1	1	0	-4	3	0	3	2	2	0		
pa3	-4	0	-1	1	0	-3	1	3	2	-4	3	0	0	0	-1	-1	-2	0	-1	0	2	0	-2	0	1	-2	-1	1	4	-3	0	4	1	0	0	2		
pa4	-1	0	1	-3	1	2	2	0	-4	1	1	0	0	0	0	-1	-1	0	-4	4	-3	0	-2	-1	0	3	0	-1	0	-2	1	0	0	-2	4	3		
pa5	0	-4	4	1	-1	0	1	-1	2	0	1	0	0	0	-3	0	0	2	-1	-1	-1	0	-2	1	4	0	-3	-2	2	-2	3	1	4	0	0	3		
pa6	0	0	0	1	-3	-2	0	0	-3	0	3	1	4	0	0	0	-1	1	-1	-4	0	-2	0	-1	4	1	0	2	-1	2	2	-1	1	-4	3	-2		
pa7	0	-1	-3	1	4	0	0	2	2	-4	2	-2	-4	0	0	-2	-1	1	-1	0	0	-3	1	1	-2	3	0	4	0	1	0	-1	3	0	0	-1		
pa8	1	0	3	0	-1	-3	-1	-4	0	0	3	0	-1	-2	0	2	-1	1	-1	-3	0	2	2	1	-2	1	-2	0	4	0	4	0	1	0	0	-4		
pa9	-1	2	0	2	3	0	4	-2	0	0	4	-2	0	1	0	-4	0	-1	0	-3	3	1	0	0	0	1	-3	-1	-1	1	2	1	0	-2	-4	-1		
pa10	2	1	0	2	-1	-1	3	-4	0	1	0	-4	0	0	-2	0	-1	4	-3	-3	1	0	-2	1	0	-1	-2	2	0	1	0	-1	0	0	4	3		
af1	-1	-2	0	0	0	2	1	-1	0	4	0	3	-2	-4	-4	-1	0	-3	-4	-1	1	0	1	3	0	0	-3	2	0	1	2	1	-2	0	-1			
af2	-3	0	0	-1	2	0	-4	-1	1	0	4	0	-2	-1	0	0	2	3	-4	-2	0	-3	0	-1	1	0	0	1	1	-2	3	0	4	1	2	-1		
af3	2	1	4	3	0	0	-3	-2	0	0	-4	0	0	0	1	2	0	2	0	0	0	-1	4	1	-2	-1	-1	-2	0	-4	-1	1	3	-3	1	-1		
af4	2	-1	-1	2	-4	-3	0	0	-1	4	0	0	0	-2	0	3	0	0	-4	2	-2	1	-1	0	0	-2	0	1	-1	0	-3	1	4	1	1	3		
af5	3	2	0	0	-4	2	0	1	-3	0	3	-1	4	-1	-1	0	-1	2	-4	-2	-3	0	-1	1	0	0	-2	4	1	0	1	0	1	0	-2	0	1	0
af6	-2	-1	0	-1	0	-3	-3	0	2	-4	1	0	0	-1	1	1	0	4	-4	1	-2	-1	0	3	-2	0	3	0	0	-1	0	1	4	0	2	2		
af7	-2	-1	3	-4	-2	0	-1	2	1	0	4	0	-1	0	0	0	2	1	0	1	0	-3	0	-3	0	3	-1	1	2	0	4	-1	-2	-4	0	1		
af8	0	-1	0	2	-1	0	-2	0	1	-4	4	-3	-3	0	0	-2	-1	1	-1	3	0	2	-1	-4	1	0	-2	0	4	1	3	0	2	0	1	0		
af9	0	1	1	-1	2	-2	-1	0	2	-1	4	2	-1	3	0	1	0	4	-3	0	-3	-2	0	0	1	0	1	-2	-4	0	-1	3	0	0	0	0		
af10	0	0	2	-1	1	0	0	1	3	-2	-1	4	-2	2	0	-1	-1	3	-3	-1	-4	-2	0	0	1	0	1	0	-3	-4	0	0	2	0	4	1		

*Appendice N*

*Tableau VI - Statistiques descriptives et Test-T des 3 regroupements*

Tableau VI

Statistiques descriptives et Test-T des 3 regroupements

Variable	N Valide	Moyenne	Minimum	Maximum	Écart-type
pa-af	10	.076188	-.157900	.302080	.139559
pa-pa	45	.095330	-.135400	.321180	.102517
af-af	45	.093155	-.154500	.569440	.157673

T(pa-af, pa-pa)=-0.50 avec p=0.62 ; T(pa-af, af-af)=-0.31 avec p=0.76 ;

T(pa-pa, af-af)=0.07 avec p=0.93.

*Appendice O*

*Tableau VII - Les  $\tau$  de Kendall pour les 100 (10 x 10) paires pa-af*

Tableau VII

Les  $\tau$  de Kendall pour les 100 paires (10x10) paires pa-af

PARTICIPANT		N VALIDE	TYPE	KENDALL	Z	P
pa_1	& af_1	36	1	.230337	1.97656	.048091*
pa_1	& af_2	36	2	-.140449	-1.20522	.228119
pa_1	& af_3	36	2	-.102996	-.88383	.376789
pa_1	& af_4	36	2	.102996	.88383	.376789
pa_1	& af_5	36	2	.117978	1.01238	.311354
pa_1	& af_6	36	2	0.000000	0.00000	1.000000
pa_1	& af_7	36	2	-.189139	-1.62303	.104583
pa_1	& af_8	36	2	.264045	2.26581	.023463*
pa_1	& af_9	36	2	-.357678	-3.06929	.002146*
pa_1	& af_10	36	2	-.129214	-1.10880	.267516
pa_2	& af_1	36	2	.146067	1.25343	.210050
pa_2	& af_2	36	1	.325843	2.79611	.005172*
pa_2	& af_3	36	2	.018727	.16070	.872333
pa_2	& af_4	36	2	.329588	2.82825	.004680*
pa_2	& af_5	36	2	.288390	2.47472	.013334*
pa_2	& af_6	36	2	.200375	1.71945	.085533
pa_2	& af_7	36	2	.005618	.04821	.961550
pa_2	& af_8	36	2	.408240	3.50317	.000460*
pa_2	& af_9	36	2	.151685	1.30164	.193041
pa_2	& af_10	36	2	.194757	1.67124	.094675
pa_3	& af_1	36	2	.280899	2.41044	.015933*
pa_3	& af_2	36	2	.159176	1.36592	.171966
pa_3	& af_3	36	1	-.170412	-1.46233	.143650
pa_3	& af_4	36	2	.237828	2.04084	.041267*
pa_3	& af_5	36	2	.037453	.32139	.747913
pa_3	& af_6	36	2	.198502	1.70338	.088498
pa_3	& af_7	36	2	.065543	.56244	.573819
pa_3	& af_8	36	2	.288390	2.47472	.013334*
pa_3	& af_9	36	2	.063670	.54637	.584814
pa_3	& af_10	36	2	.112360	.96418	.334958
pa_4	& af_1	36	2	.299626	2.57114	.010137*
pa_4	& af_2	36	2	.089888	.77134	.440505
pa_4	& af_3	36	2	-.153558	-1.31771	.187602
pa_4	& af_4	36	1	.016854	.14463	.885006
pa_4	& af_5	36	2	.101124	.86776	.385527
pa_4	& af_6	36	2	.250936	2.15333	.031293*
pa_4	& af_7	36	2	.282772	2.42651	.015245*
pa_4	& af_8	36	2	.187266	1.60696	.108063
pa_4	& af_9	36	2	.239700	2.05691	.039695*
pa_4	& af_10	36	2	.383895	3.29427	.000987*
pa_5	& af_1	36	2	.314607	2.69969	.006940*
pa_5	& af_2	36	2	.209738	1.79980	.071893
pa_5	& af_3	36	2	-.041199	-.35353	.723690
pa_5	& af_4	36	2	.224719	1.92835	.053811
pa_5	& af_5	36	1	.132959	1.14094	.253895
pa_5	& af_6	36	2	.164794	1.41412	.157325
pa_5	& af_7	36	2	.013109	.11249	.910437
pa_5	& af_8	36	2	.262172	2.24974	.024465*
pa_5	& af_9	36	2	.117978	1.01238	.311354
pa_5	& af_10	36	2	.123596	1.06059	.288875
pa_6	& af_1	36	2	-.026217	-.22497	.821999
pa_6	& af_2	36	2	.241573	2.07298	.038174*
pa_6	& af_3	36	2	.035581	.30532	.760121
pa_6	& af_4	36	2	-.086142	-.73920	.459785
pa_6	& af_5	36	2	.056180	.48209	.629744
pa_6	& af_6	36	1	.082397	.70706	.479528
pa_6	& af_7	36	2	.116105	.99631	.319097

pa_6	& af_8	36	2	.099251	.85169	.394387
pa_6	& af_9	36	2	.303371	2.60327	.009234*
pa_6	& af_10	36	2	.322097	2.76397	.005710*
pa_7	& af_1	36	2	.020599	.17677	.859693
pa_7	& af_2	36	2	.235955	2.02477	.042891*
pa_7	& af_3	36	2	-.067416	-.57851	.562923
pa_7	& af_4	36	2	.033708	.28925	.772388
pa_7	& af_5	36	2	-.011236	-.09642	.923189
pa_7	& af_6	36	2	.243446	2.08905	.036703*
pa_7	& af_7	36	1	.078652	.67492	.499725
pa_7	& af_8	36	2	.262172	2.24974	.024465*
pa_7	& af_9	36	2	.110487	.94811	.343076
pa_7	& af_10	36	2	.153558	1.31771	.187602
pa_8	& af_1	36	2	.063670	.54637	.584814
pa_8	& af_2	36	2	.243446	2.08905	.036703*
pa_8	& af_3	36	2	.292135	2.50686	.012181*
pa_8	& af_4	36	2	.069288	.59458	.552128
pa_8	& af_5	36	2	.200375	1.71945	.085533
pa_8	& af_6	36	2	.140449	1.20522	.228119
pa_8	& af_7	36	2	.059925	.51423	.607093
pa_8	& af_8	36	1	.213483	1.83193	.066961
pa_8	& af_9	36	2	.061798	.53030	.595906
pa_8	& af_10	36	2	-.117978	-1.01238	.311354
pa_9	& af_1	36	2	.136704	1.17308	.240764
pa_9	& af_2	36	2	-.031835	-.27318	.784712
pa_9	& af_3	36	2	-.101124	-.86776	.385527
pa_9	& af_4	36	2	-.286517	-2.45865	.013946*
pa_9	& af_5	36	2	-.035581	-.30532	.760121
pa_9	& af_6	36	2	-.312734	-2.68362	.007283*
pa_9	& af_7	36	2	-.082397	-.70706	.479528
pa_9	& af_8	36	2	.076779	.65885	.509990
pa_9	& af_9	36	1	-.086142	-.73920	.459785
pa_9	& af_10	36	2	-.222846	-1.91228	.055840
pa_10	& af_1	36	2	-.065543	-.56244	.573819
pa_10	& af_2	36	2	.022472	.19284	.847088
pa_10	& af_3	36	2	.039326	.33746	.735769
pa_10	& af_4	36	2	.211611	1.81586	.069391
pa_10	& af_5	36	2	.368914	3.16571	.001547*
pa_10	& af_6	36	2	-.058052	-.49816	.618373
pa_10	& af_7	36	2	-.123596	-1.06059	.288875
pa_10	& af_8	36	2	.117978	1.01238	.311354
pa_10	& af_9	36	2	-.069288	-.59458	.552128
pa_10	& af_10	36	1	.001873	.01607	.987179

*Appendice P*

*Tableau VIII - Résultats du test de Wilcoxon-Mann-Whitney  
sur l'égalité des moyennes d'un groupe à l'autre*



Tableau VIII

Résultats du test de Wilcoxon-Mann-Whitney sur l'égalité  
des moyennes d'un groupe à l'autre

variable	Somme rang pa	Somme rang af	U	Z	p
I14	104.5000	105.5000	49.50000	-.03780	.969850
I27	103.0000	107.0000	48.00000	-.15119	.879830
I11	87.5000	122.5000	32.50000	-1.32288	.185886
I32	124.5000	85.5000	30.50000	1.47406	.140475
I44	117.0000	93.0000	38.00000	.90711	.364353
I59	100.5000	109.5000	45.50000	-.34017	.733732
I63	133.5000	76.5000	21.50000	2.15440	.031216*
I67	105.0000	105.0000	50.00000	0.00000	1.000000
I74	100.0000	110.0000	45.00000	-.37796	.705460
I85	97.5000	112.5000	42.50000	-.56695	.570754
I92	89.5000	120.5000	34.50000	-1.17169	.241330
I135	89.5000	120.5000	34.50000	-1.17169	.241330
I160	114.0000	96.0000	41.00000	.68034	.496297
I165	116.5000	93.5000	38.50000	.86932	.384680
I184	86.5000	123.5000	31.50000	-1.39847	.161982
I196	91.5000	118.5000	36.50000	-1.02050	.307497
I197	79.0000	131.0000	24.00000	-1.96542	.049375*
I203	84.0000	126.0000	29.00000	-1.58745	.112420
I205	121.0000	89.0000	34.00000	1.20949	.226485
I208	79.0000	131.0000	24.00000	-1.96542	.049375
I210	128.5000	81.5000	26.50000	1.77643	.075671
I244	122.0000	88.0000	33.00000	1.28508	.198774
I247	91.0000	119.0000	36.00000	-1.05830	.289926
I262	106.0000	104.0000	49.00000	.07559	.939743
I275	101.5000	108.5000	46.50000	-.26458	.791339
I279	115.5000	94.5000	39.50000	.79373	.427361
I286	87.5000	122.5000	32.50000	-1.32288	.185886
I298	119.5000	90.5000	35.50000	1.09610	.273045
I304	111.0000	99.0000	44.00000	.45356	.650151
I311	121.5000	88.5000	33.50000	1.24728	.212303
I321	114.5000	95.5000	40.50000	.71813	.472681
I324	105.0000	105.0000	50.00000	0.00000	1.000000
I327	93.0000	117.0000	38.00000	-.90711	.364353
I346	101.0000	109.0000	46.00000	-.30237	.762371
I348	98.5000	111.5000	43.50000	-.49135	.623180
I349	104.0000	106.0000	49.00000	-.07559	.939743

*Appendice Q*

*Tableau IX - Test-T sur l'égalité des moyennes, indicateurs par indicateurs,  
regroupés par dimensions*

Tableau IX

Tests-T sur l'égalité des moyennes, indicateurs par indicateurs regroupés par dimensions

Variable	Moyenne pa	Moyenne af	t	degré de liberté	p
<b>Dignité</b>					
I11	-.30000	-.10000	-.25131	18	.804419
I14	-.50000	-.20000	-.46108	18	.650261
I27	-.60000	.90000	-1.76099	18	.095219
<b>Intimité</b>					
I32	1.10000	-.10000	1.36262	18	.189809
I44	.60000	-.60000	1.37249	18	.186773
I59	-.80000	-.60000	-.27386	18	.787309
<b>Empathie</b>					
I63	.80000*	-1.20000*	2.46598*	18*	.023939*
I67	-.20000	.20000	-.46291	18	.648976
I74	.40000	.60000	-.27735	18	.784671
<b>Fiabilité</b>					
I85	-1.80000	-1.20000	-.75262	18	.461410
I92	1.70000	2.30000	-.57440	18	.572804
I135	-1.10000	.20000	-1.41005	18	.175572
<b>Responsabilisation</b>					
I160	-.30000	-.20000	-.12078	18	.905207
I165	.20000	-.20000	.56443	18	.579426
I184	-.80000	-.30000	-.90126	18	.379350
<b>Apaisement</b>					
I196	-.90000	.00000	-1.01401	18	.324017
I197	-1.00000*	-.00000*	-2.37171*	18*	.029063*
I203	.90000	2.00000	-1.71791	18	.102967
<b>Solidarisation</b>					
I205	-1.40000	-2.60000	1.53784	18	.141480
I208	-1.30000	.60000	-1.91603	18	.071382
I210	-.00000	-1.50000	2.04334	18	.055938
<b>Facilité</b>					
I244	.30000	-.80000	1.37381	18	.186370
I247	-.70000	.10000	-1.21529	18	.239957
I262	.10000	-.20000	.42664	18	.674700
<b>Continuité</b>					
I275	.50000	.30000	.24786	18	.807050
I279	.50000	0.00000	.76447	18	.454493
I286	-1.10000	-.10000	-1.54303	18	.140221
<b>Accessibilité</b>					
I298	1.00000	0.00000	1.10282	18	.284631
I304	1.00000	.20000	.83006	18	.417380
I311	-.50000	-1.40000	1.00000	18	.330565
<b>Rapidité</b>					
I321	1.50000	.80000	.85661	18	.402922
I324	.70000	.30000	.59851	18	.556960
I327	1.50000	1.90000	-.46924	18	.644534
<b>Confort</b>					
I346	-.70000	-.70000	0.00000	18	1.000000
I348	.90000	1.20000	-.34901	18	.731135
I349	.30000	.40000	-.11462	18	.910012

*Appendice R*

*Tableau X - Tests-T sur les différences de préférences de groupe à groupe (pa-af  
pour les 36 indicateurs regroupés en 12 dimensions*

Tableau X

Tests-T sur les différences de préférence de groupe à groupe (pa-af)  
pour les 36 indicateurs regroupées en 12 dimensions.

- (a) les aidants familiaux (af) classés par **ordre croissant** de préférence;  
(b) les personnes âgées (pa) classés par **ordre croissant** de préférence

(a)

1 DIM	2 PA	3 AF	4 T_VALUE	5 P	6 SIG_PA	7 SIG_AF
SOLI	-.90	-1.17	.	.629	1.10	1.32
INTI	.30	-.43	2.	.124	1.06	.97
ACCE	.50	-.40	1.	.184	1.18	1.69
FACI	-.10	-.30	.	.633	.80	1.02
RESP	-.30	-.23	-.	.849	.87	.67
EMPA	.33	-.13	1.	.328	1.13	.93
CONT	-.03	.07	-.	.790	.88	.77
DIGN	-.47	.20	-1.	.239	1.30	1.15
CONF	.17	.30	-.	.819	1.48	1.06
FIAB	-.40	.43	-2.	.097	.99	1.13
APAI	-.33	.67	-2.	.040	.90	1.11
RAPI	1.23	1.00	1.	.545	.92	.77

(b)

1 DIM	2 PA	3 AF	4 T_VALUE	5 P	6 SIG_PA	7 SIG_AF
SOLI	-.90	-1.17	.	.629	1.10	1.32
DIGN	-.47	.20	-1.	.239	1.30	1.15
FIAB	-.40	.43	-2.	.097	.99	1.13
APAI	-.33	.67	-2.	.040	.90	1.11
RESP	-.30	-.23	-.	.849	.87	.67
FACI	-.10	-.30	.	.633	.80	1.02
CONT	-.03	.07	-.	.790	.88	.77
CONF	.17	.30	-.	.819	1.48	1.06
INTI	.30	-.43	2.	.124	1.06	.97
EMPA	.33	-.13	1.	.328	1.13	.93
ACCE	.50	-.40	1.	.184	1.18	1.69
RAPI	1.23	1.00	1.	.545	.92	.77