

Université de Montréal

**La qualité des services d'aide à domicile dispensés
aux personnes âgées dépendantes**
Les perspectives des différents acteurs

par Emmanuel Bagaragaza

Département d'administration de la santé
École de santé publique

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal
en vue de l'obtention du grade de Philosophæ Doctor (Ph.D.)
en Santé publique
Option Organisation des soins de santé

Août, 2017

© Emmanuel Bagaragaza, 2017

Résumé

Le nombre des personnes âgées nécessitant de l'aide pour accomplir les activités essentielles de la vie quotidienne ne cesse d'augmenter. Leur maintien à domicile devient de plus en plus un défi sociétal majeur et nécessite la dispensation de services d'aide de qualité. L'organisation de ces services est souvent confrontée à plusieurs difficultés telles que les problèmes de financement, l'augmentation importante des demandes, la fragmentation du système de santé et le manque de personnel compétent. Cette situation ne facilite pas l'amélioration de la qualité d'aide qui, par ailleurs, reste difficile à définir et à mesurer.

En France les travaux de recherche et d'évaluation concernant la qualité d'aide à domicile sont peu développés. D'après différents auteurs, les études existantes, y compris celles réalisées dans d'autres contextes, sont confrontées aux problèmes méthodologiques et conceptuels. Ces auteurs constatent le manque de précision des concepts utilisés dans ces travaux, le recours aux méthodes et aux outils de recherche et d'évaluation peu appropriés à l'étude des services concernés, ainsi que le défaut d'implication des acteurs intéressés. C'est pourquoi il est opportun de poursuivre la recherche dans ce domaine afin de disposer de connaissances scientifiques permettant de mieux comprendre en quoi consiste la qualité d'aide pour mieux la définir et l'apprécier.

C'est dans ce but que nous avons réalisé une étude qualitative des perspectives des acteurs de l'aide à domicile, personnes âgées, intervenants et gestionnaires, visant à comprendre la conception de la qualité d'aide, à décrire ses attributs et à identifier les facteurs facilitant ou limitant la dispensation d'un service d'aide de qualité. La pertinence de cette étude relève à la fois de la prise en compte des perspectives de tous les acteurs concernés, mais aussi de la considération de leurs expériences, y compris celles des personnes âgées considérées comme acteurs et non pas uniquement comme bénéficiaires.

Les résultats de l'étude montrent que la qualité d'aide est multidimensionnelle. Elle comprend sept dimensions, la justesse, la relation interpersonnelle, l'attitude, les qualités personnelles et la compétence des intervenants, la qualité organisationnelle et les valeurs éthiques qui constituent trois champs de la qualité d'aide : relationnel, procédural et transversal. En plus de l'information descriptive très détaillée concernant les attributs de la qualité d'aide,

trois principaux résultats synthétiques de cette étude sont à souligner : l'ensemble des répondants s'accorde sur l'importance de certaines dimensions de la qualité d'aide à savoir la relation interpersonnelle, la justesse des réponses et les qualités personnelles; ensuite, la relation socioaffective entre les intervenants et les personnes âgées est considérée avant toute autre mission instrumentale affirmant que le besoin principal de la personne âgée est celui de garder le lien social; enfin, plusieurs attributs de la qualité sont interdépendants et forment un système de relations nécessitant l'implication de chaque acteur.

Ainsi, un service d'aide de qualité s'inscrit dans une approche globale et personnalisée afin de répondre à la fois aux besoins fonctionnels et aux besoins socioaffectifs des personnes aidées. Il requiert des compétences individuelles et collectives. De ce fait, la qualité d'aide devient le produit d'un processus organisationnel et clinique visant à répondre aux besoins de la personne âgée dans une approche personnalisée lui permettant d'être en relation, d'avoir une aide fonctionnelle spécifique à ses incapacités et prenant en compte ses capacités restantes.

Cette étude contribue au développement des connaissances pour l'amélioration de la qualité des services d'aide, en apportant les éléments de compréhension relatifs à la conception et à la définition de la qualité d'aide, basés sur les perceptions des acteurs directement concernés, et en identifiant les facteurs perçus par ces acteurs comme des obstacles à la qualité. En outre, les résultats de l'étude précisent les attributs et les dimensions de la qualité des services d'aide, cela permet de rendre la notion de la qualité d'aide moins abstraite, donc de déterminer les prémisses d'un cadre conceptuel propre à la qualité d'aide à domicile et de faciliter l'élaboration des indicateurs de la qualité d'aide et la mise en place de la démarche qualité pour les services d'aide à domicile.

Mots clés : Personnes âgées, incapacité fonctionnelle, services d'aide à domicile, aide aux soins personnels, qualité, perspectives des acteurs, évaluation et démarche qualité.

Abstract

The number of elderly in needs of personal assistance services in Activities of daily living and Instrumental activities of daily living keeps on increasing. The home- and community-based support for that population is becoming a major societal challenge and requires delivering quality home support services. The organization of these services is often faced with financial problems, increasing service demands, health care system fragmentation and lack of health care professionals qualified in home care services for the elderly. Such situation does not facilitate quality service improvement; moreover, definition and measurement of quality remain difficult.

Indeed, in France, research and evaluation of personal assistance services' quality are underdeveloped. According to different authors, most of the existing studies, including those conducted in other contexts, have faced methodological and conceptual problems. These authors note in particular the lack of clarification of the concepts used in these studies, the use of research methods and evaluation tools which are less appropriate according to the nature of the concerned services, as well as not considering the stakeholders' perspectives. For those reasons, they recommend further research in this field in order to produce scientific knowledge that will allow a better understanding of the quality of personal assistance services, its definition and measurement.

To address this concern, we conducted a qualitative study based on stakeholder's perspectives, of both the elderly person and the service providers (formal carers and organization managers). This research was aimed at understanding the quality of home care services from a stakeholder's perspective, to describe its attributes and to identify the factors facilitating or hindering the provision of a quality support service. Taking into account the point of view of all these actors, considering the elderly person as the key actor and not only as the beneficiary of services, as well as emphasizing the real experience of the concerned actors, are among the elements making the relevancy of this thesis.

The results of the study show that the quality of personal assistance services is multidimensional. It consists of seven dimensions categorized into three fields. The relationship field composed of interpersonal relationship, attitude of providers, personal qualities, the

procedural field composed of appropriateness and relevance of services, and the transversal field composed of competence and ethical values. In addition, three main findings of this study must be emphasized. Firstly, all participants agreed on the importance of essential dimensions of the quality of personal assistance services, namely interpersonal relationship, appropriateness and relevance of services according to the elderly needs, and personal qualities. Secondly, socio-affective support was firmly asserted more than instrumental support, in acknowledgment of the necessity of meeting the main need of older persons to maintain social contact. Lastly, several quality attributes are interrelated and form a system of relations requiring the involvement of each actor.

Thus, quality personal assistance service falls under a comprehensive and personalized approach in order to meet both the functional and socio-affective needs for the elderly person. It requires individual and collective competences. As such, the quality of personal assistance becomes the result of an organizational and clinical process, aimed at addressing the needs of the elderly person in a personalized approach enabling him to be in relationship and maintain social links, to have a functional assistance specific to his disabilities all while considering his remaining capacities.

This study contributes to both the development of knowledge and the improvement of home personal assistance practices. The attributes and dimensions of quality identified constitute the premises of a specific conceptual framework of the quality of home care services. In addition, they may contribute to the development of relevant indicators of quality and the implementation of quality assurance for home care services.

Key words: elderly, functional disability, home care services, home help services, quality, personal assistance services, perspectives of stakeholders, quality assessment and quality assurance.

Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	iii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux.....	ix
Liste des figures et graphiques.....	x
Liste des sigles.....	xi
Liste des abréviations.....	xiii
<i>Remerciements</i>	xv
Chapitre 1 : INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
1.1 Introduction.....	1
1.2 Objet de la recherche.....	5
1.3 Objectifs et pertinence de la thèse.....	6
1.4 Organisation de la thèse.....	8
Chapitre 2 : CONTEXTE DE L'ÉTUDE.....	9
2.1 Problème du vieillissement de la population.....	9
2.1.1 <i>Situation sociodémographique, sanitaire et socio-économique</i>	9
2.1.2 <i>Besoins d'aide et recours aux services d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes</i>	13
2.2 Dispositif des services d'aide à domicile.....	17
2.2.1 <i>Évolution historique de l'aide à domicile en France</i>	17
2.2.2 <i>L'organisation des services d'aide à domicile</i>	23
2.3 Synthèse.....	38
Chapitre 3 : ÉTAT DES CONNAISSANCES.....	41
3.1 Introduction et méthodologie.....	41
3.2 Conceptions et définitions de la qualité.....	43
3.2.1 <i>Différentes conceptions de la qualité</i>	43
3.2.2 <i>Approches et définitions de la qualité dans le secteur sanitaire</i>	47
3.3 Gestion de la qualité et prise en compte des perspectives des acteurs : nouvelle approche de la qualité des soins.....	51
3.3.1 <i>Conception de la qualité par et pour le management</i>	51

3.3.2 Perspectives des acteurs de la qualité : éléments théoriques et compte rendu des résultats des études empiriques	55
3.4 Approches de la qualité par des modèles conceptuels et par les indicateurs.....	61
3.4.1 Modèles conceptuels de la qualité	62
3.4.2 Effort continu de clarification conceptuelle et de précision opérationnelle de la qualité à travers l'évaluation et élaboration d'indicateurs	73
3.5 Synthèse de l'état des connaissances	82
3.6 Justification des objectifs de la thèse et définition des questions de recherche	83
Chapitre 4 : MÉTHODOLOGIE	86
4.1 Approche épistémologique et stratégie de recherche.....	86
4.1.1 Approche épistémologique	86
4.1.2 Stratégie de recherche	87
4.1.3 Étude de cas et objet de recherche	88
4.2 Échantillonnage.....	90
4.2.1 Description du terrain de recherche et présentation des cas	92
4.2.2 Population de l'étude.....	95
4.3 Collecte des données et outils utilisés.....	99
4.3.1 Collecte des données.....	99
4.3.2 Qualité des outils utilisés.....	99
4.4 Analyse des données	100
4.4.1 Approche de l'analyse qualitative utilisée	101
4.4.2 Description de la procédure d'analyse qualitative.....	102
4.4.3 Analyse descriptive des données quantitatives	108
4.5 Critères de rigueur scientifique	108
4.5.1 L'imputabilité procédurale.....	110
4.5.2 Confirmabilité	110
4.5.3 Crédibilité.....	111
4.5.4 Transférabilité.....	112
4.5.5 Travail réflexif du chercheur.....	113
4.6 Considérations éthiques et légales	113
Chapitre 5 : RÉSULTATS.....	115

5.1	Présentation du matériel et caractéristiques des participants	115
5.1.1	<i>Présentation du matériel</i>	115
5.1.2	<i>Caractéristiques du groupe des personnes âgées</i>	116
5.1.3	<i>Caractéristiques du groupe des professionnels</i>	117
5.2	La qualité d'aide aux personnes âgées : description des perspectives des acteurs (objectif #1).....	119
5.2.1	<i>Points de vue des personnes âgées</i>	120
5.2.2	<i>Points de vue des intervenants</i>	135
5.2.3	<i>Points de vue des gestionnaires</i>	150
5.2.4	<i>Comparaison des points de vue des acteurs</i>	165
5.2.5	<i>Synthèse générale des points de vue des acteurs</i>	172
5.3	Facteurs facilitant et limitant la réalisation d'un service d'aide de qualité (objectif #2)	177
5.3.1	<i>Vue d'ensemble des points de vue des acteurs concernant les obstacles à la qualité</i>	177
5.3.2	<i>Description des obstacles à la qualité de l'aide à domicile</i>	179
Chapitre 6 : DISCUSSION.....		194
6.1.	Conception de la qualité d'aide à domicile : perspectives empiriques et approches théoriques.....	195
6.2	Dimensions et définition de la qualité d'aide	197
6.3	Approche holistique de la qualité d'aide : une aide relationnelle et fonctionnelle	202
6.4	Qualité d'aide : obstacles et paradoxes.....	204
6.4.1	<i>Paradoxes de la qualité d'aide</i>	205
6.4.2	<i>Obstacles à la qualité contribuant au renforcement des pratiques paradoxales</i> ...	209
6.5	Forces et limites de l'étude.....	211
Chapitre 7 : APPORT DE L'ÉTUDE		213
7.1	Résumé de l'apport de la thèse.....	213
7.2	Implications des résultats de l'étude	214
7.2.1	<i>Implications pratiques et organisationnelles</i>	215
7.2.2	<i>Implications pour les politiques publiques : recommandations aux décideurs</i>	221
7.2.3	<i>Implications pour la recherche</i>	225

Chapitre 8 : CONCLUSION	227
Bibliographie	229
Annexes	xviii
Annexe 1 : Documents relatifs aux exigences éthiques et légales	xviii
Annexe 2 : Outils de recueil des données	xxvi
Annexe 3 : Outils d'analyse.....	xxxvi
Annexe 4 : Quelques exemples des rapports et des plans relatifs à la politique du soutien à domicile des personnes âgées en France depuis les années 60.....	xlii
Annexe 5 : Extrait de la revue de la littérature sur les indicateurs de la qualité des soins .	xliv

Liste des tableaux

Tableau I : Classement des personnes âgées en perte d'autonomie selon la grille AGGIR.....	14
Tableau II : Les éléments du cahier des charges définis par l'arrêté du 24 novembre 2005 ...	31
Tableau III : Axes et thèmes des recommandations de l'Anesm	38
Tableau IV : Différentes conceptions de la qualité.....	46
Tableau V : Résumé des différentes approches et définitions de la qualité des soins	49
Tableau VI : Résumé des études empiriques sur les perspectives des acteurs concernant la qualité des soins	60
Tableau VII : Caractéristiques des deux structures	95
Tableau VIII : Nombre des participants par structure et par groupe d'acteurs	116
Tableau IX : Caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des personnes âgées (n=41)	117
Tableau X : Différents attributs de la qualité les plus cités selon les groupes d'acteurs	166
Tableau XI : Arbre thématique des perspectives d'acteurs sur la qualité d'aide à domicile .	173
Tableau XII : Les obstacles à la qualité d'aide les plus fréquemment évoqués	179

Liste des figures et graphiques

Figure 1 : Donabedian's Quality Framework (SPR).....	62
Graphique 1 : Étapes d'analyse qualitative.....	107
Graphique 2 : Importance des différentes dimensions de la qualité de l'aide selon les points de vue des personnes âgées.....	135
Graphique 3 : Importance des dimensions constituant la qualité de l'aide selon les points de vue des intervenants	149
Graphique 4 : Importance des dimensions constituant la qualité de l'aide selon les points de vue des gestionnaires.....	164
Graphique 5 : Importance relative des dimensions de la qualité de l'aide	167
Graphique 6 : Importance des dimensions de la qualité de l'aide selon les groupes d'acteurs	169
Graphique 7 : Dimensions de la qualité par structure	170
Graphique 8 : Importance des dimensions de la qualité selon les points de vue des personnes âgées par structure	171
Graphique 9 : Importance des dimensions de la qualité selon les points de vue des professionnels par structure	172
Figure 2 : Processus du mécanisme de l'aide « sécuritaire » non justifiée.....	191

Liste des sigles

ACOVE: Assessing the care of vulnerable elders

AIVQ : Activités instrumentales de la vie quotidienne

ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

APA : Allocation personnalisée d'autonomie

ARS : Agence régionale de santé

AVQ : Activités de la vie quotidienne

AVS : Auxiliaire de vie sociale

AS : Aide-soignante

CCAS : Centre communal d'action sociale

CESU : Chèque emploi service universel

CNAVTS : Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COMPAQ-HPST : Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité - Hôpital, Patient, Sécurité, Territoire

CPS : Cognitive performance scale

CPNEFP : Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle

CREDOC : Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

DDTEFP : Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

DIRECCTE : Directions régionales des entreprises de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DRS : Depression rating scale

FNADAR : Fédération nationale des aides à domicile en activités regroupées

GRATH : Groupe de Réflexion et réseau pour l'Accueil Temporaire des personnes en situation de Handicap

IGAS : Inspection générale des affaires sociales

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IOM : Institut de médecine des États-Unis

MDS-HC: Minimum data set-Home care

NQF: National quality forum

OASIS: Outcome and assessment information set

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

PSD : Prestation spécifique dépendance

RAI : Resident assessment instrument

SAD : Service d'aide à domicile

SLD : Soins de longue durée

SPASAD : services polyvalents d'aide et de soins à domicile

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

Liste des abréviations

Art. : Article

Et al. : *et alii* (*et collaborateurs*)

Etc. : *Et cætera*

À vous, ma chère grand-mère **Catherine Nyirabahinde**, ma chère maman **Espérance Sakindi**, pour votre Courage et votre Persévérance, pour le Chemin que vous m'avez tracé, pour l'Amour inconditionnel et toutes les Valeurs que vous m'avez donnés.

Remerciements

En premier lieu j'adresse mes remerciements à mes directeurs de recherche, Marie-Pascale Pomey, François Béland et Joël Ankri. Grâce à leurs conseils, à leur disponibilité et à leurs encouragements, mon parcours doctoral a été un excellent moment aussi bien d'apprentissage de recherche que de développement de ma pensée et d'évolution de ma personne.

Je remercie Jean Claude Henrard, pour sa confiance, ses conseils et son soutien constant et affectueux. J'exprime ma gratitude à Isabelle Vedel et Louise Lafortune de m'avoir encouragé dans cette belle aventure et de m'avoir accueilli chaleureusement à Montréal dans leur famille.

J'exprime ma profonde reconnaissance à l'équipe du Pôle Recherche de la Maison Médicale Jeanne Garnier pour leur soutien. Je remercie en particulier Frédéric Guirimand pour son soutien inestimable et sa confiance encourageante. Sa phrase magique « n'oublie pas ta thèse » a été très stimulante. Mille mercis à Danièle Reboul qui m'a fait bénéficier de son expérience de chercheuse en sciences humaines, de sa relecture attentive et de ses précieux conseils. Merci à Anne Bousquet pour ses conseils et pour nos discussions toujours réconfortantes.

Un grand merci à Gérard Magnier et à Ségolène de Montgolfier pour leur regard extérieur à la recherche et leur relecture qui a été d'une grande importance dans la précision et clarification de ma rédaction. Merci à mes amis et compagnons de doctorant, Diallo Fatoumata Binta, Pernelle Smits, Yentéma Onadja, Dieudonné Soubeiga et Sabrina Aouici, qui m'ont fait bénéficier de leur expérience de doctorant et avec qui j'ai partagé de bons moments d'amitié.

J'adresse ma profonde gratitude aux membres et collègues des différentes équipes avec qui j'ai travaillé dans le cadre de mes fonctions professionnelles et doctorales qui m'ont témoigné leur précieux soutien et leur confiance, ceux du Laboratoire Santé Vieillessement et de l'UMR 1168 INSERM /UVSQ : Bernard Cassou, Philippe Aegerter, Mathieu de Stampa, Marie Herr, Rachel Nadif, Évelyne Marchon et Bernard Ennuyer, ceux de l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal et de l'ESPUM, Monique Lespérance, Angélique De Chatigny, Jean Guy Bouchard, Louise Dubic, les collègues de la Maison Médicale Jeanne Garnier, merci pour votre soutien et votre collaboration de tous les jours avec tant de disponibilité et de gentillesse.

Merci à Béatrice Mukankiko, je suis reconnaissant pour son aide précieuse lors de la transcription de mes entretiens, pour son écoute et pour sa présence rassurante auprès de ma famille. À mes amis de l'Association « Pour Mieux Servir » et du Groupe « Jeune Espérance » merci pour ces moments de partage et de festivité.

J'adresse ma profonde reconnaissance aux participants de cette étude, les personnes âgées et les professionnels des deux SPASAD, Aides à domicile, AVS, Aides-soignantes, IDE, Coordinateurs et Responsables de secteurs, Fatima Sandida, Pauline Carron et Anne Clisson. Je remercie particulièrement Philippe Hedin, Directeur de la « Vie à Domicile », Fabienne Baron, Coordinatrice du service d'aide de l'AMSAD 20, en plus de m'avoir facilité l'accès de leurs structures, ils se sont impliqués pour que cette recherche se déroule dans les meilleures conditions. Ce travail leur doit beaucoup.

Je suis très reconnaissant à ma famille pour leur amour et leur compréhension inconditionnelle, particulièrement mon épouse Benoîte et mes filles Amélie et Zélie, à qui j'ai souvent manqué et privé des soirées et des week-ends devenus les temps de travail.

La lumière d'espoir provient parfois de là où nous ne l'attendons pas ! Je ne peux terminer mes remerciements sans exprimer ma gratitude envers tous ceux qui sont porteurs de cette lumière à l'aube de mes rêves.

Financement

Cette thèse n'aurait pas eu lieu sans le financement de la Drees/CNSA et de la Fondation de France qui m'a permis de réaliser mes projets de recherche sur les services d'aide à domicile. Je tiens à remercier Marie Wierink, Agathe Gestin et Jean Luc Noël pour leur collaboration et leur confiance.

Je remercie également la Faculté des études supérieures et postdoctorales de l'Université de Montréal qui m'a octroyé l'unique bourse dont j'ai bénéficié pour cette thèse. J'exprime ma gratitude aux personnes qui m'ont permis de l'obtenir.

J'ai pu participer et présenter les résultats de mes recherches lors de deux congrès grâce au financement de soutien à la diffusion de l'IRSPUM envers qui je suis reconnaissant.

Chapitre 1 : INTRODUCTION GÉNÉRALE

1.1 Introduction

L'espérance de vie ne cesse d'augmenter dans les pays développés et dans la plupart des pays émergents (OCDE¹, 2013). Leur population vit plus longtemps, en même temps, la majorité d'entre eux connaît une baisse de la fécondité (Thévenon & Gauthier, 2010). Ainsi, la part des personnes âgées continue à s'accroître (European Commission, 2011; Eurostat, 2014) et faire face aux problèmes en lien avec la longévité de la population constitue un véritable défi sociétal pour ces pays (Cambois et al., 2009; Choinière, 2010; Collombet & Gimbert, 2014; Réjean, 2003).

La plupart des personnes âgées présentent souvent des maladies chroniques (Krishnan et al., 2002; Park et al., 2003; Unsar & Sut, 2010), des épisodes de maladies aiguës et des incapacités fonctionnelles (Ankri & Mormiche, 2002; Béland et al., 2008). Ces problèmes augmentent avec l'âge (Drewes et al., 2011; Kass-Bartelmes, 2002; Sakurai et al., 2012; Tas et al., 2007) et engendrent des besoins en soins médicaux et en services d'aide dispensés souvent sur une longue période, de manière continue et parfois intensive. En outre, la majorité des personnes âgées souhaite rester à leur domicile (Observatoire national de la fin de vie, 2013; Weber, 2006a) et y recevoir des services dont elles ont besoin, notamment les services d'aide pour l'accomplissement de leurs activités de la vie quotidienne. Les politiques des pays confrontés aux problèmes liés au vieillissement de leur population encouragent le maintien à domicile des personnes âgées (OCDE, 2005). Dans ce cadre, la France a adopté plusieurs lois et plusieurs mesures ont été mises en place pour favoriser le développement des services de soutien à domicile (Ministère de l'emploi et de la cohésion sociale, 2005; Ministère des affaires sociales, 2015).

Le secteur du soutien à domicile est composé de plusieurs services dont les services d'aide à domicile, les services des soins infirmiers à domicile, l'hospitalisation à domicile et d'autres services de santé plus spécialisés comme l'hémodialyse ou la télémédecine. En ce qui concerne le contexte français auquel s'intéresse cette thèse, ces services sont dispensés par les

¹ OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

acteurs appartenant aux différentes structures prestataires de l'aide ou des soins à domicile, qui relèvent soit du secteur social, soit du secteur médico-social, soit du secteur sanitaire. Leur mode de fonctionnement et leur financement sont différents d'un secteur à l'autre (L'Hostis & Chartreau, 2011), leurs prestations sont cloisonnées, fragmentées (Henrard, 2002b) et manquent de coordination (Schoen et al., 2011).

Les services d'aide à domicile sont destinés à différents groupes de populations, notamment les personnes âgées, les personnes handicapées et les patients atteints de maladies chroniques. Cette thèse porte uniquement sur les services d'aide à domicile dispensés aux personnes âgées dépendantes. Sont considérées comme dépendantes, les personnes ayant besoin d'une aide ou d'une assistance d'une tierce personne pour la réalisation des actes de la vie quotidienne à cause du déclin des fonctions physique ou mentale (Henrard, 2012).

La qualité des services d'aide dont bénéficient ces personnes âgées dépendantes reste une préoccupation majeure pour chacun des acteurs impliqués. Malgré les efforts réalisés pour améliorer la qualité du service rendu aux bénéficiaires, plusieurs rapports publiés ces dernières années en France par différentes institutions, tels que la Cour des comptes, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et le Sénat, soulignent le problème du manque de qualité de ces services. Ils considèrent les démarches d'amélioration de la qualité non efficaces et les politiques visant les services d'aide non adaptées (Cour des comptes, 2014); Raymond et al. (2009); (Vanlerenberghe & Watrin 2014). Le rapport de IGAS évoque que les procédures et les dispositifs actuels d'évaluation de la qualité « sont défectueux, peu convaincants, trop procéduraux et redondants » (Raymond et al., 2009).

En outre, les mêmes rapports mentionnent que les objectifs de ces politiques sont contradictoires (Cour des comptes, 2014) et que le dispositif est à bout de souffle avec un régime juridique complexe, des conditions de travail difficiles et une précarisation des salariés (Vanlerenberghe & Watrin 2014). Les auteurs du rapport de l'IGAS sur l'évaluation de la mise en œuvre de la loi du 28 décembre 2015 concernant l'adaptation de la société au vieillissement, volet domicile, soulignent la superposition et la complexité des outils qualité imposés aux structures d'aide à domicile, ils se questionnent sur l'efficacité de ces outils et indiquent que de nombreux obstacles à l'amélioration de la qualité demeurent notamment ceux liés au manque de coordination des services dispensés (Bensadon et al., 2017).

Par ailleurs, il est à noter que le secteur d'aide à domicile est confronté à plusieurs problèmes d'organisation, de financement, de manque de personnel formé et qualifié, de manque de lisibilité des procédures d'accès aux prestations, de définition claire des compétences et des responsabilités des intervenants (CNSA², 2013 ; Dumalin & Rahou, 2008 ; Ménard, 2008). L'ensemble de ces problèmes constitue un défi pour la conception d'une démarche qualité des services d'aide à domicile. De plus, les travaux de recherche relatifs à la qualité des services d'aide à domicile sont rares et ceux qui existent s'intéressent le plus souvent aux aspects organisationnels. Par conséquent, les données probantes au sujet de la qualité d'aide à domicile restent limitées, en particulier dans le contexte français.

De même, peu d'évaluations s'intéressent spécifiquement à la qualité des services d'aide aux personnes âgées. En France, de telles évaluations sont généralement réalisées à l'aide des normes issues des obligations réglementaires, notamment celles issues de l'ordonnance de 1996 et de la loi de 2002. Elles se réfèrent souvent aux données administratives recueillies auprès des organismes prestataires, le recours aux enquêtes de satisfaction est également fréquent.

Par contre, en France comme à l'étranger, il existe un grand nombre de travaux de recherche et d'évaluation s'intéressant principalement à la qualité des services des soins médicaux dont bénéficient les personnes âgées. La plupart du temps, les indicateurs de la qualité utilisés portent sur l'occurrence d'événements évitables (Hirdes et al., 2004; Shekelle et al., 2001; Steel et al., 2004; Van der Ploeg et al., 2008) et sur la satisfaction (Cleary & McNeil, 1988 ; Projet COMPAQ-HPST³, 2011). Les méthodes quantitatives y sont privilégiées (Bokhour et al., 2009).

Plusieurs auteurs mettent en cause les différentes façons de mesurer la qualité (Bokhour et al., 2009; Raguénès, 2008; Ramaswamy et al., 2018; Rubin, 1990). Certains évoquent les limites conceptuelles et méthodologiques liées d'une part, à la conception de la qualité et à la démarche de détermination des indicateurs privilégiant souvent les points de vue des professionnels ou ceux des experts (Pomey et al., 2013; Roberge et al., 1998), et d'autre part, à la fiabilité des outils de mesure (COMPAQ-HPST, 2011; Petzold et al., 2018). Par exemple, certains auteurs estiment que les outils de mesure seraient à l'origine des surestimations des taux

² CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

³ COMPAQ-HPST : Coordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité - Hôpital, Patient, Sécurité, Territoire

de satisfaction (Williams, 1994). De plus, Lin (1996) considère que par son caractère multidimensionnel, la satisfaction peut être influencée par plusieurs facteurs, ne correspondant donc pas à la qualité du service dispensé. Bouchard et Plante (2002) estiment que le principal problème de la mesure de la qualité est dû « au fait que la plupart des personnes qui y font allusion font référence à une réalité souvent postulée, considérée comme universelle et globale, floue et mal définie ».

Pour toutes ces raisons, il est difficile d'apprécier la qualité des services effectivement réalisés. Comme Williams (1994) le recommande, il est nécessaire de mener des recherches visant à déterminer les manières et les termes selon lesquelles les patients perçoivent et évaluent les services de santé, avant de chercher à connaître véritablement leur expérience et leurs perceptions. De même, Campbell et al. (2002) proposent de tenir compte des perspectives des acteurs en jeu lors du développement des indicateurs de la qualité et recommandent la combinaison de plusieurs méthodes d'évaluation. Plusieurs auteurs soulignent l'importance de l'évaluation de la qualité des processus et la nécessité de documenter et de comprendre les processus d'un service ou d'une intervention (unpack the black-box of process) pour mieux apprécier la qualité (Brousselle & Champagne, 2011; Ramaswamy et al., 2018)

D'après notre recherche bibliographique, en France, aucune étude n'a été réalisée auprès des bénéficiaires et des intervenants des services d'aide à domicile, pour comprendre leurs perspectives concernant la qualité de ces services. Leurs points de vue aideraient les évaluateurs et les chercheurs à définir précisément la qualité des services d'aide et à développer les indicateurs valides et acceptables (Campbell et al., 2002), en considérant la situation des personnes âgées, complexe et singulière.

Le contexte qui vient d'être présenté suscite un vaste champ de questionnements à propos de la qualité des services d'aide à domicile, et la nécessité de réaliser davantage des travaux de recherche dans ce domaine. D'où le choix de la problématique de cette thèse visant à comprendre et à définir les attributs de la qualité d'un service d'aide à domicile.

1.2 Objet de la recherche

Qu'entend-on par « *aide à domicile* » ?

L'aide à domicile est fréquemment définie de manière réductrice par rapport à ce qu'elle est en réalité et à ce qu'elle recouvre. Les enquêtes faites dans le secteur de l'aide à domicile des personnes âgées évoquent la difficulté d'en définir les contours (Roy, 1994). En effet, les services couverts par l'aide à domicile peuvent différer selon la finalité des prestataires (Debonneuil, 2008) ou des politiques dont dépend sa régulation. Il existe aussi la possibilité de « glissement des tâches » des intervenants lié au caractère non exclusif de leurs missions (Moulias et al., 2010). De ce fait, le terme *d'aide à domicile* manque de précision et de stabilité (Cresson & Gadrey, 2004) et ne correspond pas aux catégories administratives dont la vision dichotomique cloisonne le secteur d'aide et celui des soins auxquels appartiennent les intervenants (Membrado et al., 2005). En outre, étant donné la polysémie des termes utilisés (service d'aide, soutien à domicile, maintien à domicile, intervention d'aide, aide à la personne, etc.) pour désigner ce dont a besoin une personne âgée dépendante, la vision, l'approche et le principe d'action que chaque terme véhicule peuvent être différents. Cependant, Ennuyer (2007) souligne la complémentarité de ces termes, notamment entre le « soutien » et le « maintien », alors que Roy (1994) mentionne le « caractère éclaté et non réductible » que ces termes peuvent révéler.

Quel que soit le terme utilisé, l'aide est réalisée dans le but d'apporter des réponses aux besoins des personnes âgées dépendantes pour la réalisation des activités de la vie quotidienne. Selon la définition de l'OCDE, les activités de la vie quotidienne comprennent les soins personnels, les tâches domestiques et les tâches administratives (OCDE, 2005). Le terme « intervention », tel qu'il a été proposé par Brousselle et al. (2009), nous permet de saisir l'ensemble des activités de l'aide dans sa globalité. Ces auteurs définissent « l'intervention » comme « un système organisé d'action visant, dans un environnement donné, durant une période de temps donnée, à modifier le cours prévisible d'un phénomène pour corriger une situation problématique ». Ainsi, en nous référant à cette définition, nous considérons l'aide aux personnes âgées comme une intervention nécessitant un ensemble d'acteurs appartenant parfois aux différents secteurs, aux contextes organisationnels multiples, mobilisés pour aider la personne dépendante dans son environnement.

Notre étude s'intéresse donc spécifiquement à « l'aide » ou « service d'aide », termes que nous utilisons pour désigner les services dont bénéficient les personnes âgées pour les aider à accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne (se laver, se nourrir, se déplacer, etc.). Ainsi, la notion de *service(s)* telle qu'elle est utilisée se réfère aux prestations et aux activités des acteurs et non pas aux structures dispensatrices d'aide désignées par « structures prestataires » ou « organisations » sauf lorsqu'il s'agit d'évoquer les expressions couramment utilisées.

La qualité du service d'aide est étudiée à partir des perspectives des différents acteurs impliqués (personnes âgées dépendantes, gestionnaires des structures prestataires de l'aide et intervenants à domicile).

1.3 Objectifs et pertinence de la thèse

1.3.1 Objectifs de la thèse

Cette thèse a pour but de contribuer au développement des connaissances portant sur les services d'aide aux personnes âgées dépendantes vivant à domicile. Elle vise d'une part, à apporter une meilleure compréhension de ce qu'est la qualité de l'aide à domicile et d'autre part à proposer les éléments appropriés pour son amélioration et sa mesure.

Deux objectifs spécifiques sont recherchés :

- 1) Comprendre la conception de la qualité de l'aide à domicile dispensée aux personnes âgées et en même temps décrire ses attributs selon les perspectives des différents acteurs.
- 2) Identifier les facteurs facilitant ou limitant la production de service d'aide de qualité aux personnes âgées.

1.3.2 Pertinence scientifique

La pertinence scientifique de cette étude se fonde sur la nécessité de produire des données probantes concernant la qualité des services d'aide à domicile permettant d'éclairer les processus de décision de l'ensemble des acteurs concernés par ces services. Les résultats de cette thèse contribuent à l'amélioration des approches conceptuelle et méthodologique de la qualité des services d'aide à domicile afin de faciliter sa définition et sa mesure.

Comme il a été souligné précédemment, peu de recherches s'attachent à la qualité des services d'aide dans le contexte du domicile et rares sont celles qui concernent les perspectives des principaux intéressés, à savoir les personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles nécessitant l'aide d'une tierce personne. La prise en compte des points de vue des personnes âgées et ceux des autres acteurs impliqués permet d'identifier les attributs des différentes dimensions de la qualité de l'aide, indispensables pour la démarche qualité d'une part et l'élaboration des outils d'appréciation de la qualité d'autre part (Campbell et al. 2002). Ainsi, les résultats de cette thèse servent de prémisses au développement d'un modèle conceptuel de la qualité propre aux services d'aide à domicile, ce qui permettrait la réalisation des évaluations de la qualité plus pertinentes, car ciblées et fiables.

Par ailleurs, pour mieux comprendre et mieux définir un service d'aide de qualité, cette thèse s'inscrit dans la perspective d'une vision intégrée et globale de la qualité (Halligan & Donaldson, 2001), selon laquelle tous les composants (*pattern*) de l'aide à domicile interagissent dans une relation complexe et dynamique (Gramain, 1997). Par conséquent, l'étude propose une approche permettant de poser un nouveau regard sur les services d'aide à domicile au-delà des catégories administratives habituelles définissant les activités de l'aide.

Dans ce cadre, la théorie du *caring* est mobilisée comme toile de fond de cette étude. Étant donné sa richesse, cette théorie porte une vision humaniste et holistique considérant la personne dans sa globalité et dans son environnement spécifique (Cara, 2010). Elle paraît n'avoir jamais été utilisée pour étudier la qualité de l'aide aux personnes âgées vivant à domicile.

1.3.3 Pertinence sociale

Comme le montrent différentes études, le souhait majeur des personnes âgées est le maintien à domicile (Blanpain, 2010; Weber, 2006a). Cela correspond également à la volonté politique de la France comme à celle d'autres pays ayant mis en place des programmes favorisant la prise en charge des personnes âgées à leur domicile (Coyer, 2006; Déchamp-Le Roux, 2012). La qualité est l'un des enjeux majeurs pour assurer ce maintien à domicile (Francis & Netten, 2004).

Selon le collège de la Haute Autorité de Santé, la qualité est « une exigence sociale et une nécessité économique et politique » (Collège de la Haute Autorité de Santé, 2007).

S'intéresser à la qualité de l'aide à domicile du point de vue des acteurs, c'est apporter les éléments d'intelligibilité de cette préoccupation sociale, politique et économique. En outre, la prise en compte des perspectives des acteurs impliqués peut aider à comprendre leurs attentes afin de dispenser des services appropriés. Cela peut les motiver à s'impliquer davantage dans les démarches qualité et dans l'évaluation considérée parfois comme « un instrument de régulation » (Carayol, 2012; Mossé, 1998). Enfin, la non-reconnaissance de certains intervenants en contact direct avec les personnes âgées à domicile a été fréquemment soulignée, notamment pour les Aides à domiciles, les Auxiliaires de vie sociale et les Aides-soignantes (Bonnet, 2006; Vézina & Membrado, 2005). Tenir compte de leurs points de vue, ainsi que ceux des personnes âgées en tant qu'acteurs, c'est reconnaître leurs savoirs expérientiels (Jouet et al., 2010; Pomey et al., 2015) et leur importance au sein du dispositif d'aide. Ainsi, cette reconnaissance peut favoriser leur engagement dans les différentes démarches visant à améliorer la qualité des services d'aide.

1.4 Organisation de la thèse

Cette thèse est présentée en sept chapitres.

Après le présent chapitre, introductif, abordant la problématique à laquelle s'intéresse cette thèse, le second chapitre présente le contexte dans lequel elle s'inscrit en décrivant l'état des besoins des personnes âgées et l'évolution des services d'aide en France, ainsi que leur régulation.

Afin d'inscrire la recherche dans un champ des connaissances existantes, le troisième chapitre est consacré à la revue de la littérature. Les différentes approches de la conception de la qualité et les cadres théoriques et conceptuels existants y sont présentés. Dans le quatrième chapitre, le devis de recherche est présenté. Il y est décrit le type d'étude réalisée, les méthodes de collecte et d'analyse des données, ainsi que les critères de rigueurs scientifiques respectés.

Le cinquième chapitre est consacré aux résultats obtenus par rapport aux objectifs de l'étude. Ces résultats sont discutés dans le sixième chapitre qui aborde en outre les forces et les limites de l'étude. L'apport de la recherche et ses implications constituent le dernier chapitre.

Enfin, l'apport de la recherche et ses implications constituent le septième chapitre et le dernier chapitre présente la conclusion de la thèse.

Chapitre 2 : CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Les problèmes liés au vieillissement de la population et à la prise en charge des personnes âgées dépendantes ont des points communs et des spécificités propres à chaque pays en fonction de la situation démographique du pays concerné, de son histoire, des modes de prise en charge de la population fragile, de l'organisation de son système de santé, de l'élaboration de ses politiques sociales, etc.

Ce chapitre a pour objet de situer l'étude dans son contexte français afin de comprendre les spécificités des services d'aide dans ce contexte. Nous évoquerons la situation sociodémographique et sanitaire des personnes âgées ainsi que ses conséquences sur les incapacités, la dépendance et l'augmentation de besoins d'aide à domicile. Nous présenterons ensuite l'évolution historique des services d'aide à domicile en France, leur organisation et leur régulation.

2.1 Problème du vieillissement de la population

2.1.1 Situation sociodémographique, sanitaire et socio-économique

a. Situation sociodémographique

Comme tous les pays développés, la population française vit plus longtemps. L'espérance de vie n'a cessé d'augmenter depuis 1950, elle est passée de 66,4 ans en 1950 (Meslé, 2006) à 82, 8 ans (86,0 pour les femmes et 79,5 pour les hommes) en 2014 (Eurostat, 2016). Quant à l'espérance de vie à 60 ans, en 2010, elle était de 22,4 ans pour les hommes et de 27,2 ans pour les femmes (Pla & Beaumel, 2011). Le gain de l'espérance de vie (EV) représente en moyenne 3 ans tous les dix ans (Cambois et al., 2009). Ainsi, la population continue de vieillir, celle de 60 ans et plus a augmenté de 22,6 % dans les dix dernières années. Leur part dans l'ensemble de la population française représente 23,7%, presque équivalente à celle des moins de 20 ans (24,3%) (Insee⁴, 2012b). Les personnes dites de 4^{ème} âge sont de plus en plus nombreuses. La population âgée de plus de 80 ans a plus que doublée entre 1960 et 2010, passant de 2% à 5,2% (Eurostat, 2011; OCDE, 2003) et leur nombre va encore doubler

⁴ Insee : Institut nationale de la statistique et des études économiques

en 2020 (Ministère délégué aux Personnes âgées, 2006). Quant aux centenaires, en 2010, leur nombre s'élevait à 15000 (Blanpain, 2010).

Avec l'arrivée de la génération des " baby-boomers " à 65 ans, il est prévu que cette augmentation s'accélère. Selon les prévisions de l'Union européenne, d'ici 2050, presque une personne sur trois aura 65 ans et plus, soit 29.5% de la population totale de l'Union européenne (European Commission, 2010). En France, elle représentera un peu plus d'un tiers de la population (31.8%) (Insee, 2010).

Contrairement à la situation des années 80 où l'EV était en progression parallèlement avec l'espérance de vie sans incapacités (EVSI)⁵ (Robine & Mormiche, 1993), la tendance de l'EVSI durant ces dernières années est moins favorable (Cambois et al., 2013; Sieurin et al., 2011). La France qui occupe la première place dans l'Union européenne pour la longévité pour les femmes n'est classée qu'à la 10^{ème} place pour ce qui concerne l'EVSI (Insee, 2012a) et celle-ci baisse d'une année à l'autre. En 2008, elle était à 62.7 ans pour les hommes et 64.6 ans pour les femmes, elle est passée respectivement à 61.9 et 63,5 ans en 2010. C'est-à-dire que les personnes vieillissantes vivent plus longtemps avec des incapacités. Ainsi, elles ont besoin de soins et d'aide sur une longue période pour faire face aux conséquences du vieillissement normal, « la sénescence » (Henrard, 2002a), et aux nombreuses maladies chroniques et invalidantes dont elles souffrent (Ankri & Mormiche, 2002; Carpenter et al., 2006; Henrard & Ankri, 1999).

b. Situation sanitaire

Selon les estimations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 70% des personnes âgées de plus de 65 ans sont atteintes d'une ou de plusieurs maladies chroniques⁶. Il est à noter

⁵ L'espérance de vie sans incapacités appelée aussi « Espérance de vie en bonne santé » représente « le nombre d'années en bonne santé qu'une personne peut s'attendre à vivre » à un moment donné. Une bonne santé est définie par l'absence de limitations d'activités (dans les gestes de la vie quotidienne) et l'absence d'incapacités (<https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c201>)

⁶ Selon le Haut Conseil de la santé publique (2009), la maladie chronique est caractérisée par la présence d'un état pathologique de nature physique, psychologique ou cognitive, appelé à durer ; une ancienneté minimale de trois mois, ou supposée telle ; un retentissement sur la vie quotidienne comportant au moins l'un des trois éléments suivants : une limitation fonctionnelle des activités ou de la participation sociale, une dépendance vis-à-vis d'un médicament, d'un régime, d'une technologie médicale, d'un appareillage ou d'une assistance personnelle, la nécessité de soins médicaux ou paramédicaux, d'une aide psychologique, d'une adaptation, d'une surveillance ou d'une prévention particulière pouvant s'inscrire dans un parcours de soins médico-social.

que l'ampleur de ce problème, l'estimation de ses conséquences et de besoins inhérents peuvent varier selon l'approche utilisée pour définir la maladie chronique (Agrinier & Rat, 2010). Leur prise en charge reste un défi pour les acteurs de santé (Harris & Zwar, 2007). En France, selon l'enquête réalisée en 2008, parmi les personnes âgées qui ont consulté le médecin généraliste, 73% étaient des consultations de suivi, comme les renouvellements des ordonnances, 14% concernaient les patients qui souffraient de maladies chroniques en phase aiguë et 12% présentent des affections aiguës (Buyck et al., 2014).

Ces maladies ont pour conséquences la survenue des incapacités physiques et psychiques, les deux étant à la fois présentes dans 82% de cas (GRATH⁷, 2009). Toutes les incapacités n'apparaissent pas au même moment et le taux de prévalence de la dépendance augmente significativement avec l'âge (Dutheil, 2001). 7.8% des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant en France métropolitaine (soit 1.17 million) étaient dépendantes⁸ au sens de la loi définissant le degré de dépendance pour bénéficier de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Plus de la moitié d'entre elles (59,4%) vivait à domicile (Insee, 2014).

c. Situation socio-économique

Quand on s'intéresse aux problèmes de soutien à domicile des personnes âgées dépendantes, il est nécessaire de considérer non seulement leur état physique et cognitif qui ont un impact sur les besoins d'aide et leur recours aux services requis, mais aussi leurs problèmes d'isolement et de solitude, ainsi que ceux de précarité.

L'avancée en âge modifie le rapport à soi et aux autres, la composition de l'environnement social change. Selon les chiffres de l'Insee, 49.3 % de personnes âgées de plus de 80 ans dont 62,4% de femmes et 25.4% d'hommes habitent seuls dans leur logement. D'après l'étude du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC), 41% des retraités qui vivent seuls souffrent de solitude, ils sont deux fois moins (22%) parmi

⁷ GRATH : Groupe de Réflexion et réseau pour l'Accueil Temporaire des personnes en situation de Handicap

⁸ Personne âgée dépendante : personne âgée de 60 ans ou plus, ayant « besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière » (cf. loi du 20 juillet 2001 relative à l'APA). D'après cette loi, seules les personnes âgées classées en GIR (Groupe Iso-Ressources) 1 à 4 selon la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) d'évaluation des pertes d'autonomie peuvent bénéficier de cette allocation (Insee, 2014).

ceux qui sont en couple (Gilles & Loones, 2011). La solitude vécue ou ressentie est l'un des facteurs de fragilisation des personnes âgées (Loones et al., 2009) qui nécessite le recours élevé à l'aide professionnelle (Soullier, 2011). Le sentiment de solitude augmente avec l'âge, d'après l'enquête " Isolement et Vie relationnelle " réalisée en 2006 auprès des personnes âgées de plus de 60 ans, 1/3 des personnes âgées de plus de 65 ans se sent seul, cette proportion augmente pour atteindre 39% entre 79-83 ans et 43% après 84 ans (Bensadon, 2006). D'après la même enquête, « l'isolement d'une personne âgée varie selon la nature des services qu'elle pense pouvoir demander, mais aussi selon la personne à qui elle pense pouvoir les demander, qu'il s'agisse de la famille, des amis, des voisins, des bénévoles ou d'autres ». Ce phénomène d'isolement des personnes âgées risque de s'aggraver avec l'éclatement des familles, les familles monoparentales, les divorces, etc.

Certaines personnes âgées rencontrent d'autres difficultés cette fois-ci liées à leur situation économique précaire. De façon générale, cette situation compromet l'accès aux services de santé (Institut Montaigne, 2013), en particulier celui des services d'aide de qualité quand il s'agit d'une personne dépendante ayant plus besoin d'aide.

Comme cela a été souligné par l'IGAS, les personnes âgées dépendantes ayant des capacités financières limitées ont souvent recours aux services dits de « gré à gré », considérés de moindre qualité que ceux dispensés sous le mode prestataire (Raymond et al., 2009). Ainsi, il existe un paradoxe lorsque les personnes ayant des difficultés financières et des besoins complexes, nécessitant pourtant un service de qualité, sont obligées d'avoir recours à un personnel peu qualifié et à des services moins onéreux jugés de moindre qualité (Bruant-Bisson et al., 2010; Cour des comptes, 2005). Malgré l'obligation d'avoir un personnel qualifié, en 1999, seulement 13% du personnel des services prestataires était titulaire du certificat d'aptitude aux fonctions d'aide à domicile (CAFAD), ce qui représentait 9% de l'ensemble des intervenants à domicile (Dutheil, 2000). Ce diplôme, créé en 1988, a été remplacé par le diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) en 2002 (Moreau, 2003). Selon les chiffres de la commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle (CPNEFP), en 2008, 20% de l'ensemble des aides à domicile étaient titulaires d'un DEAVS (Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle, 2009), donc qualifié pour dispenser de l'aide auprès des personnes âgées dépendantes.

En outre, l'enquête faite auprès des médecins généralistes a montré que les personnes âgées en situation économique précaire prennent peu en compte les conseils de prévention délivrés par leur médecin généraliste alors même qu'elles présentent plus de complications liées à leurs maladies chroniques. Les médecins généralistes effectuent 25% des visites à domicile pour les personnes âgées en situation de précarité économique contre 14 % pour les autres patients (Buyck et al., 2014).

Dans l'ensemble, les conséquences cumulées des situations démographique, sanitaire, socio-économique des personnes âgées de 60 ans ou plus sont source de leur dépendance et génèrent des besoins d'aide à domicile nécessitant le recours aux services d'aide (Gramain, 1997).

2.1.2 Besoins d'aide et recours aux services d'aide à domicile des personnes âgées dépendantes

Une personne âgée est considérée comme dépendante « lorsqu'elle ne peut pas accomplir les actes élémentaires de la vie quotidienne sans l'aide d'un tiers » (Ministère du travail des relations sociales et de la solidarité, 2016), elle a besoin d'aide humaine ou technique pour accomplir les activités de la vie quotidienne (AVQ) et les activités de la vie domestique (AVD) ou activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), terme souvent utilisé en France.

Suivant les pays, des appellations différentes sont utilisées pour désigner les prestations dont bénéficient les personnes âgées dépendantes pour assurer leur maintien à domicile (Ennuyer, 2006). Le terme de soutien à domicile, plus fréquemment utilisé au Québec, se voudrait synonyme de l'aide à domicile en France. Néanmoins, l'acception de l'aide à domicile dans le contexte français est parfois plus restreinte que celle du soutien à domicile et ne désigne que l'aide au ménage. Avec l'adjonction du terme accompagnement, l'aide à domicile retrouve l'aspect social qui est compris dans la notion du soutien à domicile aux personnes âgées dépendantes.

Plusieurs outils existent pour mesurer le niveau de la dépendance d'une personne âgée, le choix des activités (AVQ, AIVQ) qui sont prises en compte dans cette mesure ne fait pas toujours consensus et poursuit plusieurs objectifs à la fois, notamment l'allocation des

ressources et la mesure de la charge de travail des équipes soignantes (Benaim et al., 2005). Le non-consensus justifie, en partie, l'existence d'une multitude d'outils utilisés pour l'appréciation du niveau de dépendance. On peut citer entre autres la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources), InterRAI, Indice de Katz, Test de Lawton, Le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF), etc. En France, depuis 1994, malgré ses limites connues « depuis de longue date » comme le souligne le rapport du Sénat (Vasselle, 2008), la grille AGGIR reste la référence nationale utilisée pour apprécier le niveau de dépendance afin de déterminer l'éligibilité à l'APA, de définir un plan d'aide et le montant de l'allocation financière. Cette grille classe ces personnes en six groupes dits « Groupe Iso-Ressources » (GIR), allant du GIR 1 à GIR 6 (voir Tableau I). Les personnes âgées du GIR 1 sont les plus dépendantes, donc ayant le plus besoin d'aide. Ainsi, 88% des personnes âgées de GIR 1 et GIR 2 reçoivent de l'aide en soins personnels contre 12% du GIR 5 et 6 (Soullier, 2011).

Tableau I : Classement des personnes âgées en perte d'autonomie selon la grille AGGIR (Coutton, 2001)

Groupe Iso-Ressources (GIR)	Niveau d'incapacités
GIR 1	Les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants
GIR 2	Les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante, ou celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui ont conservé leurs capacités motrices.
GIR 3	Les personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent quotidiennement et plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
GIR 4	Les personnes qui n'assument pas seules leur transfert, mais qui, une fois levées, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement.
GIR 5	Les personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et l'habillement.
GIR 6	Les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante.

Selon les résultats de l'enquête de la Drees concernant l'Aide sociale, 741000 personnes âgées de 60 ans ou plus et vivant à domicile ont bénéficié de l'APA en 2014, elles représentent

59% de l'ensemble des bénéficiaires de cette allocation (vivant à domicile et en établissement). Cette enquête précise qu'en moyenne 93 % des montants versés au titre de cette allocation sont affectés au financement d'un aidant professionnel (Amar et al., 2016). En prenant en compte l'ensemble des personnes âgées de 60 ans ou plus vivant à domicile et ayant recours à l'aide, les résultats de l'enquête HSM (Handicape santé en ménages ordinaires) réalisée en 2008 ont montré qu'elles étaient 3,6 millions (soit 28%) à être aidées régulièrement dans les tâches de la vie quotidienne (Soullier, 2011). Bien qu'une partie de ces personnes ne soit pas considérée comme assez dépendante pour bénéficier de l'APA au titre de la loi de 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, la même enquête montre que 80 % de celles qui étaient classées en GIR 5 et 20% en GIR 6 a recours également aux services d'aide. Cependant, quelques départements, moins d'une dizaine, attribuent l'APA aux personnes en GIR 5 et 6 dans le cadre de « l'action sociale extralégale » (Aubree et al., 2006), les personnes qui en bénéficient ne représentent que 0,01% des bénéficiaires de l'APA à domicile (Amar et al., 2016).

a. Types d'aides dont bénéficient les personnes âgées

Le niveau de dépendance détermine souvent la nature et la quantité des services d'aide auxquels a recours une personne âgée dépendante (Joël, 2003; Rotermann, 2005). Ces services peuvent être dispensés pour une courte période correspondant à des périodes dites de crise notamment lors d'une maladie aiguë ou après une hospitalisation, également sur le long terme dans le cadre des « soins de longue durée » (Isaacs & Neville, 1976). Cette aide peut être formelle, informelle ou les deux à la fois. Le recours à l'aide formelle, dite professionnelle, augmente avec le degré de dépendance. Plus le degré de dépendance est élevé, plus les personnes âgées ont recours à de nombreux aidants diversifiés ; 71% des personnes âgées de 60 ans ou plus très dépendantes, classées en GIR 1 et GIR 2, reçoivent de l'aide mixte, formelle et informelle (Soullier, 2011).

L'aide informelle est dispensée par les membres de famille ou de l'entourage appelés « proches aidants ». Elle est plus fréquente et concerne huit personnes sur dix aidées régulièrement dans les tâches de la vie quotidienne, alors que la proportion de celles qui bénéficient de l'aide formelle est de cinq sur dix (Soullier, 2011).

L'aide formelle concerne « tous les services fournis dans le cadre de la régulation du travail officiel », c'est-à-dire que les intervenants ont un contrat régi par le Code du travail, ils sont rémunérés et déclarés à la sécurité sociale (Colombo et al., 2011). Presque la moitié (42%) des personnes âgées aidées régulièrement dans les tâches de la vie quotidienne a un aidant professionnel (Dutheil, 2001). Certains de ces intervenants appelés souvent « aidants professionnels » peuvent être formés, mais certains ne le sont pas. Si on se réfère aux travaux d'Hugues et Dubar (Dubar, 2002; Hugues, 1958), définissant le processus de socialisation professionnelle, le qualificatif « professionnel » appliqué aux intervenants ne correspond pas aux exigences de qualification, de socialisation, d'appartenance, etc., que ce terme implique.

Les intervenants formels sont divers, ils comprennent les aides à domicile, les auxiliaires de vie, les employés de maison, les aides-soignants, les infirmières, les aides médico-psychologiques. Ils participent tous à la dispensation des services du maintien à domicile comme l'aide à la toilette, soins d'hygiène, etc. Par exemple, dans les zones urbaines et périurbaines, plus de 50% des infirmiers libéraux interviennent dans les soins d'hygiène et l'aide à la toilette (Buyck et al., 2014). D'après Com-Ruelle et al. (2002), la complémentarité de l'ensemble de ces intervenants reste difficile dans un contexte où les rôles se chevauchent et où la compétence des uns et des autres n'est pas clairement définie. Ces auteurs soulignent également que la multiplicité d'intervenants et le manque de clarté dans le partage des compétences et des responsabilités sont parmi les causes de difficultés de coordination (Com-Ruelle et al., 2002).

En plus des services d'aide pour les activités de la vie quotidienne, la personne âgée dépendante bénéficie aussi des aides techniques et de l'aménagement du logement. Comme pour le cas de l'aide aux activités de la vie quotidienne, ces aides augmentent avec le niveau de dépendance, 86% des personnes les plus dépendantes ont recourt aux aides techniques et à l'aménagement du logement (Bérardier, 2012). La personne âgée bénéficie également de l'aide financière notamment l'aide sociale à l'hébergement (ASH), l'APA, l'allocation compensatoire pour tierce personne (ACTP) remplacée depuis 2006 par la prestation de compensation du handicap (PCH) (Amar, 2014). L'APA et la PCH ne sont pas soumises aux conditions de ressources, leur montant est fonction du degré de la dépendance et elles ne sont pas cumulables. La personne en GIR 1 reçoit un montant mensuel d'APA le plus élevé pouvant aller jusqu'à 1 312,67 €, celle en GIR 4 a droit à 562,57 €.

Les bénéficiaires participent financièrement aux services reçus par le biais de ticket modérateur⁹ en fonction de leurs ressources. Le nombre de ceux qui payent le ticket modérateur a augmenté ces dernières années, de 77% en 2007 il a atteint 84% en 2011 (Bérardier, 2014). Cette participation financière limite parfois l'accès aux services requis. Il a été souligné dans les différentes enquêtes que les bénéficiaires se limitent fréquemment aux heures payées avec l'aide financière reçue, celle-ci étant parfois en dessous du temps nécessaire pour leur prise en charge (Weber, 2006b). Presque un tiers (27%) des demandes d'aide qui n'aboutissent pas à la dispensation d'un service est dû aux problèmes de financement (Com-Ruelle et al., 2002). Les auteurs identifient d'autres causes de la non-délivrance de services comprenant le manque de personnel disponible et le refus de l'aide par la personne âgée ou par sa famille. Par ailleurs, Soullier (2001) rapporte que « 42% des personnes âgées les plus dépendantes estiment avoir besoin d'une aide supplémentaire pour les activités essentielles de la vie quotidienne ».

2.2 Dispositif des services d'aide à domicile

La configuration de l'organisation et de l'offre des services d'aide est le fruit d'un ensemble d'éléments liés à la fois :

- à la construction historique du champ dans lequel ces services évoluent,
- aux différentes politiques sociales mises en œuvre,
- aux modes de gestion et aux règles implicites ou explicites qui les gouvernent.

L'objectif de cette section est de présenter la configuration actuelle du secteur d'aide aux personnes âgées en France afin d'appréhender sa complexité et ses spécificités.

2.2.1 Évolution historique de l'aide à domicile en France

À son origine, vers la fin du XIX^e siècle, l'aide à domicile était destinée aux familles et aux personnes en difficultés sociales y compris les enfants. Les bénévoles des associations assuraient la dispensation de l'aide notamment aux mères et aux familles populaires et rurales.

⁹ Ticket modérateur : fraction du montant horaire qui reste à charge du bénéficiaire de l'APA pour financer l'achat des prestations du plan d'aide. Le montant de cette participation financière est calculé et actualisé chaque année et dépend notamment de ressources de la personne âgée (Art. L232-4 du Code de l'action sociale et des familles).

Il ne s'agissait pas à cette époque d'un droit garanti par les pouvoirs publics, mais de l'action de charité relevant de la sphère privée (Marec & Réguer, 2013).

La loi du 14 juillet 1905 a institué l'assistance aux « vieillards » (personnes de plus de 70 ans), « aux infirmes et aux incurables » privés de ressources (Renard, 1987). Cette loi prévoyait trois modes d'assistance : l'allocation mensuelle à domicile, l'hospitalisation et le placement chez un particulier. Le développement de ce secteur a connu plusieurs périodes caractérisées par les changements significatifs dans sa conception, son organisation, sa dispensation et son financement. Puissant (2010) explique qu'au cours du temps, deux types de mutations se sont opérées dans le secteur d'aide à domicile, l'une concernant les bénéficiaires et l'autre concernant la logique de régulation; elles sont source des tensions dont souffre actuellement ce secteur. Selon Chauvière (2000), ce secteur est toujours en transition.

Après la Libération, le travail social connaît ses débuts de professionnalisation. Les travailleuses familiales sont créées par le décret de mai 1949 définissant les structures gestionnaires de cette profession. En parallèle de cette légitimation publique et de la montée en qualification de ces professionnelles, le coût du travail augmente. C'est à ce moment-là qu'il y a la séparation entre le travail social et le travail de ménage. Ainsi, le secteur d'aide à la famille est créé avec les aides ménagères.

Depuis cette époque, les différents auteurs distinguent trois périodes caractérisant l'évolution du secteur de l'aide à domicile (Dumalin & Rahou, 2008; Gardin et al., 2010; Laville & Nyssens, 2001), celle des années glorieuses et du volontarisme étatique et associatif, celle de la crise économique et de désengagement de l'état, enfin, celle de la régulation quasi marchande et concurrentielle.

a. Première période : Années glorieuses et collectivisation de responsabilités familiales

Cette période commence à l'après-guerre jusqu'au début des années 1980. Elle correspond au développement de l'État-providence avec l'émergence des politiques sociales. Beaucoup des services publics ont été créés pour venir en aide aux personnes en difficultés. Les activités jusque-là réservées à la famille ont obtenu une reconnaissance publique, sortant ainsi de la sphère privée et devenant une responsabilité collective.

Dans sa mission d'aide à la population plus faible de la société, l'État a formalisé et régulé l'activité de l'aide à domicile en soutenant son développement. Ce soutien de la part des pouvoirs publics a fait l'objet des politiques sociales successives, plusieurs mesures ont été adoptées dont le but était d'améliorer la solvabilité des bénéficiaires et de trouver des solutions aux problèmes de chômage des personnes moins qualifiées.

La forme de cette collectivisation de responsabilités familiales (Dumalin & Rahou, 2008), considérée parfois comme la « défamiliarisation de l'aide » dépend du type de régime d'État-providence qu'a connu chaque pays (Da Roit & Le Bihan, 2009). Cela a déterminé des modalités d'encadrement par l'État de résolution des problèmes sociaux. Pour la France, certains services de l'État comme le Centre communal d'action sociale (CCAS) ont été impliqués dans la gestion des services d'aide à domicile. Cependant, la dispensation et l'organisation de la majorité des services sont restées aux mains des associations. Malgré ce monopole du monde associatif pour ce qui concerne les services d'aide, ceux-ci étaient encadrés et « solvabilisés » par l'État ou d'autres formes d'action collective comme les caisses de retraite.

Cette volonté politique d'aider la population vulnérable, en particulier les personnes âgées, a été soutenue par la publication du décret de 1953 réformant la loi de 1905. Par ce décret l'assistance est devenue l'aide sociale. Depuis, les personnes âgées et les personnes handicapées ayant des ressources insuffisantes ont bénéficié de l'aide à domicile (Aldeghi & Loones, 2010). En 1962, le rapport de la commission d'études sur la vieillesse dite « commission Laroque » a également préconisé « l'intégration des personnes âgées à la société, grâce à un soutien à domicile adapté » et « la mise à disposition des personnes âgées d'un ensemble de moyens et de services adaptés à leurs besoins ». Grâce aux recommandations de ce rapport, les personnes âgées ont commencé à bénéficier des services d'aide-ménagère en 1965. Ce rapport est considéré, jusqu'à ce jour, comme le texte fondateur des politiques publiques de la vieillesse et de l'action sociale en faveur des personnes âgées en France définies par les lois, les plans et les rapports publiés successivement depuis 1962 (voir annexe 4).

Ce volontarisme étatique de formaliser et de réguler les services d'aide caractérisant la première période ne sera pas aussi forte dans la deuxième période et encore moins dans la troisième.

b. Deuxième période : l'inflexion des pouvoirs publics

La deuxième période a commencé fin des années 70. Elle fut caractérisée par plusieurs événements, notamment la crise financière, la crise de l'État-providence, l'augmentation du nombre des personnes âgées et de la demande des services à domicile, etc. Tout cela a eu un impact sur le paysage du dispositif d'aide à domicile par rapport à ce qu'il était dans la précédente période.

L'un des changements qui a eu lieu au cours de cette période concerne l'intervention du secteur sanitaire au domicile. Suite à l'accroissement des besoins sanitaires et sociaux liés au vieillissement de la population, la nécessité de désencombrer les hôpitaux et la raréfaction des ressources ont obligé le système de santé à développer davantage les soins à domicile. La Sécurité sociale est intervenue dans le financement de certaines activités relevant jusque-là du secteur social, avec la condition que ces dernières soient prescrites par un médecin. C'est le cas, par exemple, de certaines prestations comme l'aide à la toilette. Même si cette aide peut répondre parfois aux mêmes besoins de la personne âgée, besoin d'aide à la toilette, de mobilisation, de prise des repas, d'échange de protection, de surveillance, etc., sa réalisation peut être effectuée par des intervenants venant du secteur social ou du secteur sanitaire et sa prise en charge financière ne sera pas la même. Dans le premier cas, elle relève du financement du Conseil général avec la participation du bénéficiaire. Dans le deuxième cas, elle est prise en charge intégralement comme d'autres prestations de soins financées par la Sécurité sociale.

La crise financière qui a eu lieu au cours de cette 2ème période a provoqué l'augmentation du chômage obligeant les pouvoirs publics à soutenir la création d'emplois. L'insertion dans le monde du travail des personnes les moins qualifiées était jusque-là laissée au monde associatif, elle est devenue la préoccupation de l'État. Par conséquent, celui-ci a eu recours à la formalisation des emplois qui ne l'étaient pas auparavant, y compris certains concernant l'aide à domicile. L'État a adopté la politique favorisant la création de l'emploi dans ce secteur considéré comme un « gisement d'emploi » (Angeloff, 2008; Fouquet, 2001).

La politique visant à améliorer la solvabilité des bénéficiaires mises en place dans la première période a été poursuivie. Cette fois-ci, elle a été faite dans le but de favoriser l'emploi et a consisté à inciter les bénéficiaires à devenir employeurs directs. L'aide à domicile revenait

en partie dans la sphère privée. À l'aide des mesures fiscales qui ont été adoptées à cette époque, la personne âgée de plus de 70 ans bénéficie d'une réduction d'impôt lorsqu'elle emploie une personne pour l'aider à domicile. D'autres mesures ont vu le jour dans les années qui ont suivi, quelques-unes ont été supprimées en 2011 dans le cadre de la réduction des déficits de l'État.

Cette deuxième période a marqué le début de l'inflexion des pouvoirs publics dans la régulation de l'aide à domicile qui a été poursuivie et intensifiée dans la troisième période. La régulation tutélaire caractérisant la première période et plus ou moins la deuxième a cédé à la régulation quasi marchande et concurrentielle (Gardin et al., 2010) qu'a connue la troisième période.

c. Troisième période : l'émergence des nouveaux acteurs et la régulation marchande

La troisième période a commencé fin des années 80. Sa principale caractéristique a été l'élargissement du champ d'activités du secteur de l'aide et l'ouverture de celui-ci aux nouveaux acteurs venant du secteur privé.

Certaines politiques adoptées durant cette période ont changé la conception de l'activité de l'aide à domicile et la logique de son organisation. Les mesures ont été prises pour soutenir davantage le développement d'emplois directs, notamment la mise en place du chèque emploi service en 1993, devenu chèque emploi service universel en 2005 dont le but était de faciliter les démarches administratives de particuliers employeurs. Cela a changé la nature des rapports entre l'intervenant et le bénéficiaire de l'aide devenu l'employeur.

La volonté des pouvoirs publics d'élargir le champ d'activités du secteur d'aide à domicile a permis les services et les activités concernés d'être diversifiés. Cette évolution et ce changement ont été institutionnalisés par la loi Borloo du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et le décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005 fixant la liste des activités concernées. Depuis, les services d'aide aux personnes âgées font partie des « services à la personne », ils sont donc soumis à la libre concurrence préconisée par la directive européenne sur les services à la personne. Les avantages qui étaient réservés auparavant aux services d'aide aux personnes âgées sont également étendus aux autres activités concernant les services à la personne. De là, le secteur d'aide aux personnes âgées dépendantes est soumis à de fortes pressions concurrentielles liées au développement d'un grand nombre de nouveaux

services privés. On observe alors l'évolution décroissante des services des associations par rapport aux services privés (Bazin et al., 2011).

L'intégration du secteur d'aide aux personnes âgées dans le champ des services à la personne a rendu les activités de l'aide plus nébuleuses. Le terme de service à la personne qui était utilisé en secteur privé pour les services dispensés aux personnes sans incapacités a été transposé dans le cadre du soutien à domicile des personnes dépendantes. Toutefois, dans le but de protéger les personnes âgées dépendantes, les prestataires souhaitant proposer leurs services à ces personnes sont tenus de respecter certaines obligations pour pouvoir bénéficier certains avantages publics prévus pour la prise en charge de cette population. Aldeghi et Loones (2010) constatent que les statistiques et les données publiques ne permettent pas d'identifier l'ensemble des activités relevant de l'aide aux personnes âgées notamment celles qui sont assurées par les prestataires ayant choisi un cadre juridique relatif aux services à la personne. De plus, la réglementation régissant ces activités est à la fois définie par le Code de l'action sociale et des familles et par le Code du travail.

d. Constats et nécessité de refondation du dispositif

Selon plusieurs auteurs, l'objectif de création d'emploi a été privilégié (Devettier et al., 2009) au détriment de la qualité. Il est reconnu que les emplois créés sont précaires et peu rémunérés (Bouffin et al., 2011). Soixante pour cent des intervenants n'ont aucun diplôme et trois quarts travaille à temps partiel (Vanlerenberghe & Watrin 2014), ce qui compromet la qualité du service rendu. Certains des acteurs du monde associatif ne s'inscrivent pas dans les logiques productivistes et lucratives dans lesquelles ils sont obligés de travailler, ils sont pessimistes quant à la situation future des services de l'aide à domicile.

Les conclusions des rapports de ces dernières années font redouter le pire face à de nombreuses difficultés auxquelles ce secteur est confronté. Parmi ces difficultés, le rapport de la Cour des comptes souligne notamment « une régulation lacunaire et un éclatement des procédures » (Cour des comptes, 2005). Les auteurs du rapport de la commission mandatée par le Ministère des Solidarités et de la Cohésion Sociale publié en janvier 2012 évoquent également les difficultés financières que connaît ce secteur. Ils constatent qu'il y a « déperdition des moyens financiers » suite aux « difficultés de gouvernance qui ne permettent pas d'optimiser

l'action des professionnels et des institutions » (Poletti, 2012). La Cour des comptes fait remarquer aussi l'absence de pilotage unifié des politiques de développement des services d'aide à domicile ainsi que le manque d'évaluation des mesures mises en place (Cour des comptes, 2014).

Par ailleurs, les rapports de l'IGAS soulignent que du fait de ce contexte financier difficile, les gestionnaires des structures prestataires de services du maintien à domicile sont préoccupés par la rationalisation du travail et par l'amélioration de leur rentabilité. C'est pourquoi les auteurs de ce rapport recommandent l'homogénéisation des tarifications prenant en compte la nature de l'activité et les besoins des personnes à prendre en charge (Bruant-Bisson et al., 2010; Raymond et al., 2009).

La situation financière de ce secteur de l'aide a obligé le gouvernement à intervenir début 2013 en créant un fond d'urgence de 50 millions d'euros. Il a demandé en retour aux structures d'aide « de s'engager dans un plan pluriannuel de retour à l'équilibre et dans une politique active de professionnalisation de leurs emplois ». Cette obligation supplémentaire d'ordre gestionnaire met ces services sous tension, leur survie dépend de leur performance budgétaire et moins de la qualité du service rendu à la communauté. Depuis 2015, ce fond spécifique a été remplacé par celui prévu par la loi d'adaptation de la société à la vieillesse (Ministère des affaires sociales, 2015). Le chapitre 2 de cette loi précise les modalités de refondation du dispositif d'aide à domicile à l'aide notamment, des contrats pluriannuels d'objectifs et des moyens conclus entre l'état et les structures prestataires, des missions opposables aux prestataires comprenant des exigences de qualité et des possibilités permettant de pallier les effets liés à la coexistence de différents régimes de régulation, régime d'autorisation et celui d'agrément.

2.2.2 L'organisation des services d'aide à domicile

Différents types de structures participent à l'aide aux personnes âgées avec différents modes d'intervention. Leurs financements diffèrent suivant le secteur d'activité auquel ils relèvent. En matière de régulation, elles sont soumises aux règlements définis par les pouvoirs publics. Des initiatives privées cohabitent avec la régulation publique.

a. Mode organisationnel et financement des différents types de structures prestataires

Trois types de structures dispensent les services d'aide à domicile : Services d'Aide à Domicile (SAD) appelés aussi Services d'Aide et d'Accompagnement à Domicile (SAAD), Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD). Contrairement aux SAAD qui dispensent uniquement les services d'aide à des populations différentes selon leurs cadres juridiques, les SSIAD et les SPASAD organisent et dispensent des prestations autres que l'aide à domicile. Ils assurent notamment les soins infirmiers et services de santé plus spécialisés et relèvent des établissements des services sociaux et médico-sociaux au sens de l'article L312-1 du Code de l'action sociale et des familles dont les missions concernent particulièrement les personnes âgées. Selon l'alinéa 6 de cet article, il s'agit des « établissements et des services qui accueillent des personnes âgées ou qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ».

i. Les services d'aide à domicile

Créés à la fin des années cinquante, les services d'aide à domicile (SAD) sont parmi les structures les plus anciennes du secteur médico-social (Henrard, 2012) . Leur développement a été soutenu par le rapport Laroque de 1962, par la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales (Loubat, 2002) et par les mesures de la politique de l'emploi mise en place depuis 1987 jusqu'à ce jour (Dutheil, 2000). Ils sont gérés par les associations, les CCAS ou les entreprises privées. Le nombre de prestataires privés a été multiplié par 40 en moins de 10 ans, il est passé de 500 en 2005 à 20000 à la fin de 2013 et représente 72% des structures prestataires de services à la personne (Cour des comptes, 2014), mais n'interviennent pas tous auprès des personnes âgées fragiles. Seuls les SAD agréés au titre de l'article L. 129-1 du Code du travail et dont les missions sont définies dans l'article 11 du Décret n° 2004-613 du 25 juin 2004 peuvent assurer les services d'aide auprès de cette population en tant que prestataires. Cet article précise que « les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent, au domicile des personnes¹⁰ mentionnées dans l'article 1^{er} de ce décret ou à partir de

¹⁰ Extrait de l'article premier précisant les personnes bénéficiaires des services de SAD, SIAD et SPASAD : « ...auprès : a) De personnes âgées de soixante ans et plus, malades ou dépendantes ; b) De personnes adultes de

leur domicile, des prestations de services ménagers et des prestations d'aide à la personne pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale, par les services de soins infirmiers à domicile ».

Les prestations des SAD sont dispensées suivant deux modes d'intervention : le mode prestataire ou le mode mandataire.

- **Le mode prestataire** : l'organisme agréé est l'employeur du personnel qui intervient à domicile et il assure toutes les responsabilités d'un employeur.

- **Le mode mandataire** : la personne âgée est l'employeur comme dans l'emploi direct avec responsabilité entière de l'employeur ; l'organisme d'aide agréé ne fait que lui proposer le candidat à l'emploi et se charge des démarches administratives pour lesquelles il est rémunéré. Ce mode d'intervention est en baisse ces dernières années. En 2012, pour l'ensemble du secteur des services à la personne, elle a baissé de 8% (Dares, 2014).

Jusqu'en 1987, le mode d'intervention des SAD était exclusivement « prestataire ». C'est lors de l'ouverture du secteur de l'aide à domicile aux particuliers dans le cadre de la politique de l'emploi que les SAD ont ouvert les services mandataires. Les interventions dispensées en mode prestataire restent majoritaires. La préférence pour le mode prestataire a été exprimée par le législateur dans l'article L.7 232-6 du Code du travail en soulignant que « lorsque le plan d'aide prévoit l'intervention d'une tierce personne à domicile, l'allocation personnalisée d'autonomie est, sauf refus exprès du bénéficiaire, affectée à la rémunération d'un service prestataire d'aide à domicile agréé ».

Si la personne le souhaite, l'aide peut être effectuée sous le mode dit de " gré à gré ". Celui-ci n'implique pas l'intermédiaire des SAD. Il s'agit de l'emploi direct, la personne âgée (ou sa famille) est l'employeur. Elle s'occupe de toutes les tâches administratives relatives à cet emploi créé.

Les SAD emploient trois catégories d'intervenants : les Agents à domicile, les Employés à domicile et les Auxiliaires de vie sociale. Selon l'enquête emploi de l'Insee réalisée en 2008,

moins de soixante ans présentant un handicap ; c) De personnes adultes de moins de soixante ans atteints des pathologies chroniques mentionnées »

la majorité de ces intervenants sont en temps partiel. Seul un tiers travaille l'équivalent du temps réglementaire de 35h, plus d'un quart travaille moins de 15h par semaine (Aldeghi & Loones, 2010). Plusieurs auteurs estiment que le travail d'aide est souvent précaire, les intervenants sont confrontés aux conditions de travail difficiles, leur rémunération est très faible et la majorité n'a pas de qualification (Bouffin et al., 2011; Clergeau & Dussuet, 2004). Cela constitue un défi pour la qualité.

Le financement des SAD est assuré en grande partie par les pouvoirs publics. Depuis la loi du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre l'État et les Collectivités locales, les Conseils généraux gèrent l'aide sociale aux personnes âgées y compris l'APA issue de la loi n°2001-647 du 20 juillet 2001 (Légifrance, 2012) relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées. L'APA finance la grande partie des SAD et a remplacé la prestation spécifique dépendance (PSD) qui avait été mise en place par la loi du 24 janvier 1997.

D'autres sources peuvent financer les prestations des SAD. Il s'agit notamment de l'aide sociale départementale (ASD) accordée aussi par les Conseils généraux ou de l'aide des caisses de retraite. Ces derniers interviennent dans le financement de l'aide si leurs adhérents ont des revenus supérieurs au plafond de minimum vieillesse, ne pouvant donc pas bénéficier de l'ASD, alors que leur degré de dépendance ne leur permet pas non plus d'avoir droit à l'APA. Ce sont celles qui sont classées dans le GIR 5 ou 6 (Marquier, 2013).

Le financement des services d'aide relevant de l'aide sociale se décline en deux catégories :

- L'aide sociale légale, toute personne dont la situation l'exige peut en bénéficier. L'ouverture des droits à ce financement est liée à une évaluation préalable des ressources économiques et des besoins de la personne demandeuse.
- L'aide sociale facultative, celle-ci dépend de l'initiative des départements. Ceci engendre une grande variabilité géographique et peut avoir une grande influence sur la qualité de la prise en charge dans la mesure où cela influence le volume des services reçus suivant l'endroit où on habite.

ii. Les services de soins infirmiers à domicile

Les premiers textes réglementant les services de soins infirmiers à domiciles (SSIAD) ont vu le jour avec le décret n° 81448 du 8 mai 1981 relatif aux conditions d'autorisation et de prise en charge des services de soins à domicile pour personnes âgées. Leur champ d'activité a été élargi aux personnes handicapées et aux personnes souffrant de maladies chroniques par le décret du 25 juin 2004. Depuis, les SSIAD interviennent également auprès des personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou une maladie chronique.

Soixante-trois pour cent des SSIAD ont un statut privé non lucratif, ils étaient au nombre de 2095 en 2008 et leurs prestations étaient dispensées auprès de 98000 personnes. Chaque SSIAD a un nombre de places autorisées pour ses prestations. Ces places ont été multipliées par 3 en 20 ans, elles sont passées de 34870 à 106057 entre 1988 et 2008 (Bertrand, 2010), pour atteindre 119095 fin 2015 (CNSA, 2016). Malgré cette augmentation, ces places restent insuffisantes et représentent un taux qui varie de 14 à 36 pour 1 000 personnes de plus de 75 ans (Bertrand, 2010).

Les prestations des SSIAD sont définies par le Code du travail dans son article l'article 312-1 et reprises par le décret de 2004 fixant les dispositions relatives aux conditions de fonctionnement des services de soins infirmiers à domicile. Cet article précise que les SSIAD dispensent « des prestations de soins infirmiers sous la forme de soins techniques ou de soins de base et relationnels ». Ceux-ci doivent être prescrits par le médecin, de ce fait, ils relèvent du secteur sanitaire et sont financés par la Sécurité sociale.

Comme le montre l'étude de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 90% des activités des SSIAD concernent l'aide aux actes essentiels de la vie quotidienne, notamment les soins d'hygiène. L'aide à la toilette concerne 98% des personnes aidées, 2/3 des personnes sont aidées pour la mobilité (Henrard, 2012). Toutes les interventions des SSIAD sont faites sous le mode prestataire, elles sont effectuées la plupart du temps par les aides-soignantes qui représentent plus de 3/4 de l'effectif des SSIAD en équivalent temps plein (Bertrand, 2010). Le reste des intervenants (25%) sont en majorité les infirmiers, il peut y avoir aussi des ergothérapeutes et des psychologues. Conformément à l'article D312-4 du Code du travail, les professionnels libéraux peuvent y exercer. Cet article précise que « les

infirmiers et pédicures-podologues libéraux peuvent exercer au sein d'un service de soins infirmiers à domicile, sous réserve d'avoir conclu une convention avec l'organisme gestionnaire de ce service ».

Leur financement est sous forme de dotation globale dont la répartition comprend la rémunération des professionnels, les frais généraux de service, les frais de fournitures et petits matériels médicaux, etc. Certains soins et services sont financés séparément par l'assurance maladie sous forme de tarification à la capitation indépendamment de l'âge, des niveaux de dépendance ou des besoins réels de la personne aidée (Chevreul, 2009). Ce mode de financement induit des dysfonctionnements et est jugé imparfait par le Sénat. Il ne répondrait pas aux besoins des SSIAD qui prennent en charge des personnes de plus en plus dépendantes et dont les soins nécessitent un temps plus long, du personnel plus qualifié et en plus grand nombre. Par souci de satisfaire les besoins du plus grand nombre de personnes âgées tout en gardant l'équilibre de leur budget, certains SSIAD refuseraient de prendre en charge les cas les « plus lourds » considérés comme consommateurs de temps, de ressources humaines et matérielles.

Souvent, SAD et SSIAD peuvent intervenir chez la même personne avec des missions distinctes, l'aide pour le premier et les soins pour le second. Cependant, une partie de leurs activités peut être similaire sans que parfois la responsabilité de l'un et de l'autre ne soit pas bien définie. Pour assurer une meilleure coordination, l'idée d'avoir une même structure qui organiserait et dispenserait les différentes activités des SAD et des SSIAD a amené la création d'un troisième type de structure appelée « Service polyvalent d'aide et de soins à domicile ».

iii. Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD)

Les SPASAD existent depuis la publication du décret n°2004-613 du 25 juin 2004 (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004). Selon l'article 15 de ce décret, ils « assurent les missions d'un service de soins infirmiers à domicile et les missions d'un service d'aide et d'accompagnement à domicile ». Dans l'article 16 du même décret, il est précisé que « l'élaboration d'un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, sur la base d'une évaluation globale des besoins de la personne, est conduite par une équipe pluridisciplinaire ». Cette équipe est composée par toutes les catégories des intervenants qu'on retrouve dans un SAD et dans un SSIAD : les Agents à domicile, les employés à domicile et les Auxiliaires de

vie sociale, les infirmières, les aides-soignantes, les pédicures-podologues, des ergothérapeutes et des psychologues.

La fusion des deux structures (SAD et SSIAD) n'a pas permis de décloisonner leur fonctionnement. Leurs modes de financement restent différents, car leurs sources restent toujours distinctes. Quant aux modes d'intervention, certains SPASAD ont à la fois un service mandataire et un service prestataire de l'aide à domicile et le service de soins qui n'intervient qu'en mode prestataire.

Les trois structures (SAD, SSIAD, SPASD) sont soumises au dispositif de régulation définie par les pouvoirs publics dans le cadre de la réglementation des services dispensés aux personnes âgées dépendantes. C'est cet aspect concernant leur régulation que nous allons aborder ci-après.

b. Régulation publique de l'offre des services d'aide à domicile

Depuis les années 70, les pouvoirs publics régulent l'offre des services d'aide aux personnes dites « fragiles » afin de leur assurer la protection et la qualité des services dont elles bénéficient. Différents régimes de régulation ont été créés et coexistent, ils génèrent plusieurs statuts juridiques des services prestataires aboutissant à des obligations différentes.

i. Régime d'autorisation

C'est par la loi du 30 juin 1975 que l'obligation d'obtenir « l'autorisation préalable émanant de l'autorité compétente avant de créer, de transformer ou d'augmenter la capacité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » a été instaurée. Cette obligation est réaffirmée dans les autres lois et règlements successivement promulgués depuis.

L'autorisation est délivrée par le Président du Conseil général selon les besoins sociaux et médicaux territoriaux qui sont inscrits dans le schéma départemental. Elle est accordée pour 15 ans. Ainsi, les règles encadrant la création, l'extension ou la transformation des structures prestataires de l'aide à domicile sont définies par la loi. Il en est de même pour le volume maximal de leurs activités pouvant être financé par l'État, les départements ou les organismes de Sécurité sociale, c'est ce que l'on appelle « l'habilitation financière ».

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 dite HPST (Hôpital, patients, santé, territoires) a modifié la procédure d'obtention de l'autorisation. Depuis 2010, la demande d'autorisation passe par les appels à projets gérés par la commission conjointe de l'Agence régionale de santé (ARS) et les conseils généraux. Ce dispositif ne concerne que les établissements dont les activités relèvent de l'autorisation et ayant recours au financement public. Ils doivent répondre au cahier des charges et respecter les règles d'organisation et de fonctionnement compatibles avec les objectifs des schémas nationaux et régionaux de leurs champs de compétence. Les autorisations conjointes ARS - Conseil général sont délivrées dans la limite du financement disponible. Cependant, les structures qui ne font appel à aucun financement public ne sont pas concernées par ces dispositions. Elles doivent poursuivre le dépôt de leur demande d'autorisation classique auprès de l'autorité compétente ou demander l'« agrément qualité ».

ii. Régime d'agrément qualité

Il s'agit d'un régime de régulation prévu par le Code du travail concernant les prestations de services à la personne destinées aux personnes dites vulnérables. Son niveau d'exigences est inférieur à celui prévu par le régime d'autorisation.

L'instauration du régime d'agrément qualité, plus souple et moins contraignant que le régime d'autorisation, vise à concilier les deux objectifs des pouvoirs publics, celui d'encadrer les services d'aide aux personnes fragiles pour leur garantir un service de qualité et celui de favoriser la création d'emploi et l'insertion des personnes moins qualifiées sans emploi grâce au secteur de service à la personne qui fonctionne sous le principe de « liberté d'entreprendre ».

Le terme d'agrément qualité n'a pas la même acception en France que celle qu'on retrouve dans d'autres pays comme le Canada ou les États-Unis par exemple. Au Canada, tel qu'il est défini par le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'agrément qualité est une démarche de certification donnant lieu à « une reconnaissance par une autorité externe compétente (organisme d'agrément) du fait qu'un établissement est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité de ses services » (Conseil québécois d'agrément, 2012). Cette reconnaissance est basée sur « l'évaluation systématique d'un ensemble de pratiques organisationnelles », elle est l'équivalente de l'accréditation en Europe.

En France, l'agrément qualité est obtenu avant l'ouverture de la structure agréée. Il s'agit d'une démarche administrative préalable à la création de l'établissement. Le demandeur s'engage à mettre en place une intervention de qualité en respectant le cahier des charges prévu dans l'arrêt du 24 novembre 2005 (Tableau II). La structure prestataire des services d'aide peut satisfaire seule à ces exigences. Sinon, il est prévu qu'elle peut s'associer à d'autres organismes agréés ou autorisés pour les satisfaire. Dans ce cas, ces structures doivent conclure des conventions de partenariat afin de garantir l'offre de services de qualité.

L'agrément qualité est délivré sur dossier par le Préfet du département du lieu du siège social. Il est soumis à l'avis favorable du Conseil général, ce qui ne lui confère que la portée départementale. Si un organisme possède plusieurs établissements se trouvant dans plusieurs départements, les avis du président du Conseil général de chaque département d'implantation pour chaque établissement sont recueillis.

Contrairement aux établissements autorisés, dont les services sont tarifés par le président du Conseil général, les structures agréées ont le choix de fixer leurs tarifs dans les limites des dispositions de l'arrêté annuel fixant le taux d'évolution des prix, prévus à l'article L.347-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Tableau II : Les éléments du cahier des charges définis par l'arrêté du 24 novembre 2005

Prescriptions du cahier des charges
1. Un accueil de qualité : accueil physique et téléphonique.
2. Une proposition d'intervention individualisée basée sur un plan élaboré par les équipes spécialisées ou à partir d'une évaluation globale et individualisée.
3. La clarté de l'offre de service avec un devis établi systématiquement au-dessus d'un certain montant mensuel des prestations (100 euros).
4. Les modalités d'intervention permettant la garantie de la continuité des interventions.
5. Le suivi et l'évaluation des interventions notamment le traitement des réclamations, les enquêtes de satisfaction auprès des bénéficiaires.
6. La sélection et la qualification du personnel ainsi que leur encadrement* ; 10% de personnel qualifié est exigé.

iii. Régime d'agrément simple

Le reste de services à la personne, qui ne relèvent pas des activités visées par l'autorisation ou l'agrément qualité, relèvent du régime de « l'agrément simple ». Celui-ci est facultatif. Il ne conditionne pas l'exercice de ces activités comme c'est le cas pour celles concernées par l'agrément qualité ou l'autorisation. En revanche, comme les deux autres régimes, il ouvre droit aux avantages fiscaux et sociaux notamment pour ce qui concerne des exonérations des cotisations d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales, le taux réduit de la TVA, la réduction d'impôt, le paiement au moyen du chèque emploi service universel (CESU), etc.

L'agrément simple est délivré par le préfet du département du lieu du siège social. Il est valable sur le territoire national pour une durée de cinq ans. Il concerne l'ensemble des services à la personne, quel que soit leur mode d'intervention ou le statut juridique : associations, services publics et entreprises privées.

En plus d'avoir l'agrément simple ou l'agrément qualité, les organismes disposant de plusieurs établissements doivent disposer d'une charte de qualité interne à laquelle chacun des établissements est tenu d'adhérer. La mise en place effective de cette charte fait l'objet d'une évaluation.

iv. Évolution des régimes de régulation et leur mise en cause

Pour ne pas pénaliser les structures concernées par le régime d'autorisation jugé plus contraignant, l'ordonnance du 1er décembre 2005 a introduit un dispositif dit "droit d'option". Celui-ci prévoit que les structures, dont la réglementation relève à la fois du champ des établissements médico-sociaux et de celui des services à la personne, ont le choix entre la demande de l'agrément et l'autorisation. Depuis l'instauration de cette possibilité, l'autorisation vaut l'agrément qualité. Cependant, les structures agréées ne peuvent pas obtenir automatiquement l'autorisation. Par ailleurs, l'agrément qualité obtenu par équivalence est limité au département où a été délivrée l'autorisation. Si la structure envisage d'exercer une activité mandataire, elle doit présenter un dossier de demande d'agrément pour cette activité, car l'autorisation ne concerne que les activités prestataires.

La coexistence de deux régimes de régulation (autorisation et agrément) pour les services dispensés auprès du même public est mise en cause. Le rapport de l'IGAS proposait la suppression de l'autorisation et l'alignement de l'ensemble des services sur le régime de l'agrément qualité (Raymond et al., 2009). Quant à la Cour des comptes, en 2005 elle avait proposé la suppression de l'agrément (Cour des comptes, 2005). Elle est revenue sur ce problème de coexistence de ces deux régimes dans le rapport publié en février 2010, déplorant le manque de progression sur ce sujet, elle a de nouveau demandé la simplification de ces procédures de régulation.

Depuis l'arrêté du 26 décembre 2011, les régimes de l'agrément simple et de l'agrément qualité ont changé d'appellation devenant pour le premier « le régime de déclaration » et pour le second « le régime d'agrément ». Le régime déclaratif reste facultatif mais toujours nécessaire pour bénéficier des avantages fiscaux prévus pour les services à la personne. Pour ce qui concerne l'agrément, l'Article R. 7232-3 du Code du travail modifié par le décret n° 2011-1132 du 20 septembre 2011 précise que les demandeurs doivent fournir « les éléments permettant d'apprécier le niveau de qualité des services mis en œuvre ». Les services agréés continuent à bénéficier des mêmes avantages que ceux des structures ayant l'agrément qualité et, par simple demande, les structures autorisées peuvent obtenir l'agrément par équivalence valable pour 5 ans.

Du fait que les services n'ayant pas les mêmes exigences en matière de qualité peuvent bénéficier des mêmes avantages fiscaux, l'IGAS qualifie cette politique fiscale d'« *indifférente à la qualité* » (Roussille et al., 2009). Quant à la Cour des comptes, elle constate l'existence d'une confusion entre l'objectif d'assurer la qualité des prestations destinées aux personnes fragiles et celui de créer un grand nombre d'emplois (Cour des comptes, 2010). Pour Jany-Catrice et Puissant (2010), ces deux objectifs sont « en tension voire contradictoires », pour d'autres auteurs, l'objectif de production d'emplois est devenu la finalité de plusieurs dispositifs mis en place dans ces dernières années (Devettier et al., 2009; Petrella & Richez-Battesti, 2010).

Il est à noter que les acteurs concernés par ces procédures, notamment les Conseils généraux des départements qui sont chargés de coordonner la politique du soutien à domicile depuis la loi de décentralisation de 2004, ainsi que les associations qui organisent et dispensent la majorité des activités de ce secteur, ne sont pas prêts à interchanger les deux régimes malgré

la possibilité qui leur ai donné de choisir le régime d'autorisation ou celui d'agrément. Bruant-Bisson et al. (2010) expliquent que cela est dû au fait que les deux régimes ont une signification symbolique.

En effet, Poletti (2012) mentionne que les deux régimes ne sont pas basés sur les mêmes logiques. L'agrément est conçu dans une logique selon laquelle la demande régule l'offre, le rôle des puissances publiques serait donc d'assurer la qualité des services proposés par les prestataires qui seraient libres de développer l'activité source d'emploi. Quant à l'autorisation, elle est basée sur la logique selon laquelle l'État, dans son rôle de protection sociale pour la population fragile, a la responsabilité de faire le diagnostic des besoins et de réguler l'offre pour répondre à la demande. De ce fait, il se doit de choisir les prestataires susceptibles d'assurer les services correspondants (Poletti, 2012).

Pour répondre à ces problèmes liés à la coexistence de plusieurs régimes juridiques occasionnant l'hétérogénéité d'obligations et des droits des prestataires des mêmes services, les pouvoirs publics prévoient depuis 2016 la mise en place de la simplification et unification du régime juridique des SAAD tel qu'il est précisé par *l'article 47 de la loi n°1776 du 28 décembre 2015*. La mise en œuvre de cette réforme de régime unique d'autorisation prévoit la période de transition avec des dispositions dérogatoires jusqu'en 2022.

c. Initiatives privées de régulation : certification et labellisation

En plus de l'obligation réglementaire d'agrément ou d'autorisation, les structures prestataires de services d'aide à domicile ont fréquemment recours à la certification réalisée par les organismes privés, à la labellisation proposée par les fédérations auxquelles ils appartiennent ou par les Conseils généraux (Petrella & Richez-Battesti, 2010). Quelquefois, les structures prestataires ont recours à ces deux procédures, il s'agit de démarches volontaires et aucun règlement ne les y oblige. Dans un contexte concurrentiel grandissant, ce recours est souvent fait dans un but marketing afin de prouver la qualité de leurs prestations. L'enquête réalisée en 2007 par l'Agence nationale des services à la personne (ANSP) montre que la première motivation des dirigeants ayant fait appel à la démarche de labellisation ou de certification consistait à valoriser l'image de leurs structures (Raymond et al., 2009).

i. La certification

La certification, dont l'organisme certificateur est garant, est une démarche permettant d'attester la conformité des procédures de production d'un service par rapport à un référentiel. Contrairement à la certification des établissements de santé qui est obligatoire et assurée par un organisme national unique sur tout le territoire - la Haute autorité de santé (HAS), celle des établissements de l'aide à domicile est volontaire et réalisée par des organismes privés. Chaque organisme certificateur élabore un référentiel et assure sa promotion. Ce dernier est constitué d'un ensemble de normes fixant des spécifications ou indiquant des recommandations (Detolle, 2001). La structure prestataire ou mandataire de service d'aide à domicile essaie de s'y conformer selon sa propre organisation, sa taille et ses moyens. Son promoteur est chargé de vérifier la conformité au référentiel qu'il a développé. Il en existe actuellement trois : la norme NF X50-056 « service aux personnes à domicile » de l'Association française de normalisation (AFNOR), le référentiel Qualcert SAP V4 et le référentiel QUALISAP version 3.

Cette démarche est parfois critiquée par rapport aux bénéfices réels qu'elle apporte dans l'amélioration de la qualité des prestations des établissements qui l'entreprennent. L'IGAS l'a jugée "couteuse, procédurale et moins efficiente" (Roussille et al., 2009), elle peut coûter jusqu'à 70000 € (Raymond et al., 2009).

ii. La labellisation

La procédure de labellisation est souvent à l'initiative des fédérations regroupant plusieurs structures qui interviennent au domicile. Elle a pour but d'affirmer leur adhésion aux valeurs communes. Elle est basée sur une charte ou un référentiel. Elle peut également être réalisée par un organisme indépendant dans le cadre d'une autolabellisation. Il y en a une autre initiée par les Conseils généraux qui concerne les services autorisés. Par celle-ci, ces derniers s'engagent envers des exigences supplémentaires à celles fixées dans le cadre de l'autorisation fixées par le Conseil général. En retour, les structures labélisées par les Conseils généraux bénéficient d'un tarif supérieur à celui des autres établissements non labélisés.

En résumé, les démarches de certification et de labellisation sont entreprises, dans la plupart des cas, dans le but de valoriser l'image des prestataires de service d'aide à domicile afin de pouvoir se positionner sur le marché qui est tendu et concurrentiel. C'est pour cette

raison que malgré leur caractère procédurier et fastidieux, elles continuent à se développer et de nombreux prestataires de services continuent à les solliciter. De plus ceux qui y ont recours sont dispensés de quelques obligations réglementaires sous certaines conditions, c'est le cas de la dispense des évaluations externes et internes dont bénéficient les services certifiés comme prévu par l'article D347-3 du Code de l'action sociale et des familles.

d. Régulation de l'évaluation de la qualité des services d'aide à domicile

Depuis 2002, l'évaluation de la qualité est une obligation réglementaire pour les services agréés ou autorisés (loi n°2002-2 du 2 janvier 2002). Il y a deux types d'évaluation envisagés dans cette loi : l'évaluation interne et externe. Le renouvellement d'autorisation d'un service autorisé est conditionné par la réalisation de ces deux évaluations. Pour les services agréés, seule l'évaluation externe est exigée.

Selon le décret n°2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux, ces deux évaluations doivent porter notamment sur « la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées par les établissements et services, au regard d'une part, des missions imparties et d'autre part des besoins et attentes des populations accueillies ».

La loi précise également que :

« L'évaluation doit viser à la production de connaissance et d'analyse, permettre de porter une appréciation qui l'inscrit dans une logique d'intervention et d'aide à la décision. Elle a pour but de mieux connaître et comprendre les processus, d'apprécier les impacts produits... L'évaluation est distincte du contrôle des normes en vigueur. Elle se distingue également de la certification. L'évaluation interroge la mise en œuvre d'une action, sa pertinence, les effets prévus et imprévus, son efficacité, en considération du contexte observé » (Ministre de l'emploi, 2007).

L'évaluation interne est réalisée tous les cinq ans par les services eux-mêmes. Il s'agit d'une démarche autonome. Elle est difficile à mettre en place dans le contexte actuel de pénurie du personnel que connaissent les structures prestataires de services d'aide à domicile. Pour les organisations autorisées, en plus de cette évaluation interne, deux évaluations externes doivent

être réalisées pendant la durée de leur autorisation, à 7 ans après l'obtention de l'autorisation et deux ans avant la demande du renouvellement de celle-ci.

En 2007, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) a été créée. Celle-ci a pour mission d'accompagner les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS), dont certains sont prestataires des services d'aide à domicile, dans la mise en place « d'une évaluation en continu de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent ». L'Agence assure l'habilitation des organismes d'évaluation externe. Depuis 2009, plus de 1000 organismes ont été habilités. Elle procède également à des contrôles pour s'assurer « du respect par l'organisme habilité de ses engagements et des dispositions du cahier des charges de l'évaluation externe » (Anesm,2012b).

L'Anesm a également la mission de fournir aux établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux (ESSMS), les moyens de respecter leurs obligations notamment en ce qui concerne l'évaluation de la qualité. C'est dans ce cadre qu'elle a publié en 2012 les recommandations de bonnes pratiques pour les services à domicile : « L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes ». Ces recommandations s'inscrivent dans le cadre de l'amélioration de la qualité de ces structures et concernent l'ensemble des organisations qui offrent des services aux personnes adultes « vulnérables » pour leur accompagnement à domicile, y compris les services d'accompagnement médico-social pour les adultes handicapés.

Dans ce document, l'agence recommande d'évaluer la qualité par le biais des quatre axes, à savoir : la garantie des droits individuels et à la participation des usagers, la prévention des risques de maltraitance, la promotion de l'autonomie et de la qualité de vie, la continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions. Chaque axe comprend 2 à 4 thèmes (12 thèmes au total, voir tableau III) pour lesquels 25 indicateurs ont été proposés, par exemple : taux de réclamations analysées traitées, taux de satisfaction relatif au respect des droits, taux de questionnaires de satisfaction retournés ou renseignés, etc. Toutefois, chaque utilisateur choisit les indicateurs qu'il utilise. Selon ces recommandations, il lui est conseillé de ne pas dépasser 15 indicateurs pour l'ensemble des 12 thèmes afin d'assurer la faisabilité d'analyse et de suivi de leur évolution (Anesm, 2012a) .

Tableau III : Axes et thèmes des recommandations de l'Anesm

Axes	Thèmes
La garantie des droits individuels et à la participation des usagers	<ul style="list-style-type: none"> - Le respect des personnes - La participation des usagers à leur accompagnement - L'association des usagers à l'évolution du fonctionnement du service
La prévention des risques de maltraitance	<ul style="list-style-type: none"> - La maltraitance - Les risques inhérents à la situation de vulnérabilité des personnes - Les risques professionnels
La promotion de l'autonomie et de la qualité de vie	<ul style="list-style-type: none"> - Le respect des habitudes de vie - L'autonomie décisionnelle et fonctionnelle de la personne - La participation sociale et/ou professionnelle et les liens avec l'entourage - La relation entre les professionnels et les usagers
La continuité de l'accompagnement et la coordination des interventions	<ul style="list-style-type: none"> - La cohérence des actions du service - La continuité et la diversité des interventions auprès de la personne

L'avis du conseil scientifique de l'Anesm rendu le 12 mars 2015 fait état « des réticences des professionnels à l'égard de ces indicateurs ». Ce conseil évoque les raisons pouvant favoriser ces résistances, notamment « les cultures professionnelles des intervenants du secteur » et le fait que « les professionnels rencontrent des difficultés pour décrire précisément ce qui est fait et pour identifier les corrélations entre une action et ses effets (dimensions multifactorielles, effet système) notamment pour ce qui concerne leur relation singulière avec la personne accompagnée ».

2.3 Synthèse

La présentation qui vient d'être faite concernant le contexte français des services d'aide à domicile permet de rendre compte de sa complexité, ainsi que des difficultés auxquelles il est confronté. Ces difficultés sont structurelles et conjoncturelles, elles comportent des aspects d'organisation, de gestion et de financement. Elles rendent inefficaces les différentes mesures mises en place dans le cadre de la politique sociale d'aide aux personnes âgées dépendantes souvent juxtaposées à celles de la politique de l'emploi. Dans la période de crise économique et

d'explosion du chômage, les mesures de politique d'emploi sont appliquées au détriment de la qualité de l'aide à domicile. Les procédures de régulation sont jugées disparates et complexes, elles sont ainsi devenues « quasi-marchandes » depuis l'ouverture aux entreprises privées du secteur de l'aide aux personnes âgées dépendantes.

Plusieurs rapports auxquels il a été fait référence dans ce premier chapitre soulignent, non seulement les difficultés du dispositif pour répondre aux demandes reçues, mais également celles des personnes âgées pour financer les services requis. Par ailleurs, l'intervention d'aide nécessite plusieurs intervenants dont ni le rôle ni la responsabilité ne sont clairement définis. Leurs prestations sont régulées et financées différemment en fonction de leur mode d'intervention et du secteur auquel ils appartiennent. Cela crée parfois des différences dans les prestations d'aide dont bénéficient les personnes aidées alors qu'elles ont des besoins similaires.

Bien que les structures prestataires d'aide à domicile tentent de s'organiser pour faire face aux difficultés et aux incertitudes auxquelles ils sont confrontés, Petrella et Richez-Battesti soulignent qu'elles restent prisonnières de différentes formes d'isomorphisme : « coercitif » à cause des normes imposées par l'État dans son rôle de régulateur ; « mimétique » vis-à-vis des autres structures ou encore « normatif » avec les normes collectives imposées (Petrella & Richez-Battesti, 2010). Elles se sentent peu outillées pour répondre aux besoins de plus en plus complexes des personnes âgées et pour faire face à la concurrence dans un contexte de rationalisation budgétaire. Les publications récentes soulignent que « les services d'aide à domicile vont mal » (Ennuyer, 2012), les acteurs du secteur d'aide notamment les associations « sont dans la tourmente et leurs stratégies d'adaptation sont multiples et ambiguës » (Petrella, 2012).

Faute de définition claire de la qualité d'aide et des outils pour la mesurer, l'ampleur du problème de manque de qualité des services d'aide à domicile reste difficile à apprécier. Les seules références existantes sont celles définies dans le cadre de la régulation des prestations d'aide à domicile. Étant donné le manque d'unification de cette régulation, les références qu'elle définit sont différentes selon la politique dont elle est issue et ne permettent pas d'évaluer de manière globale et intégrée la qualité des prestations.

À ce jour, en France seules les évaluations de type normatives sont réalisées pour contrôler la conformité des organismes aux critères organisationnels prévus par l'État. L'absence des travaux de recherche concernant la qualité des processus des services d'aide à domicile ainsi que le manque d'évaluation des résultats du service réellement rendu ne facilitent pas l'adoption de mesures efficaces permettant le changement des pratiques actuelles. Le développement de recherche dans ce domaine est donc nécessaire pour produire des données probantes propres aux services d'aide et utilisables par des professionnels et des décideurs souhaitant améliorer la qualité des services d'aide aux personnes âgées vivant à domicile. D'où l'intérêt de notre étude.

Chapitre 3 : ÉTAT DES CONNAISSANCES

3.1 Introduction et méthodologie

Le champ des connaissances sur la notion de la qualité est vaste, il comprend de nombreuses publications concernant les différents sujets relatifs à la qualité, notamment sa conception, sa définition et sa mesure. Des approches conceptuelles et méthodologiques abordent la qualité dans un cadre général ou de façon spécifique par rapport à un produit ou à un service donné.

Selon Setbon (2000), les connaissances dans le domaine de la qualité sont évolutives et instables. Celles produites dans les différents secteurs, de l'industrie, du marketing ou de la santé, peuvent être semblables sur certains aspects et différentes ou complémentaires sur d'autres. Elles sont quelquefois inadaptées à un autre domaine (contexte ou service) que celui pour lequel elles ont été produites.

Malgré la production importante des connaissances sur le sujet, plusieurs auteurs évoquent le manque de consensus sur la définition de la qualité, sur les approches conceptuelles et sur les méthodes utilisées pour mesurer cette qualité. Haddad et al. (1997) reconnaissent qu'il est difficile de saisir la notion de la qualité et qu'il serait vain de chercher une définition monosémique et consensuelle.

Le développement des connaissances spécifiques à la qualité des services d'aide aux personnes âgées vivant à domicile est à ses débuts dans la plupart des pays. Cela ne permet pas d'avoir des concepts déjà stabilisés et spécifiques sur ce sujet dans ce domaine comme le montrent les différentes études présentées dans ce chapitre. Le recours aux termes utilisés notamment dans le domaine des soins médicaux reste important, la recherche bibliographique ciblant les services d'aide à domicile est donc difficile. L'hétérogénéité du contenu de ces services d'aide dans les différents contextes complique également la comparaison et l'utilisation des résultats produits dans les différentes recherches.

Étant donné le peu de publications consacrées spécifiquement à la qualité des services de l'aide à domicile, l'état des connaissances présentées dans ce chapitre prend en compte des travaux concernant d'autres services du secteur sanitaire et industriel.

Nous abordons dans un premier temps les différentes conceptions de la qualité et la façon dont la qualité y est définie. En second lieu, nous rapportons les résultats des études concernant les perspectives des acteurs sur la qualité. Enfin, nous présentons les modèles conceptuels de la qualité ainsi que les outils développés pour l'apprécier.

Méthodologie de la revue de littérature

Pour identifier les écrits scientifiques et la littérature grise constituant le corpus de connaissances relatif au domaine de l'étude, plusieurs sources de données bibliographiques ont été utilisées. Les sites internet des institutions spécialisées ont été également consultés. Parmi les bases de données consultées, citons MEDLINE, CINAHL, COCHRANE, PsycINFO, Ovid, la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), EMBASE, Catalogue Germain et la base de données de la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG). Les mots clés identiques ont été utilisés dans chacune des bases de données. Les limites concernant le contexte (domicile) et la population concernée (les personnes âgées), ont été appliquées.

Les termes utilisés pour désigner la qualité de l'aide à domicile sont variables suivant les contextes, d'où la nécessité d'utiliser différents mots clés. La recherche ciblant les références concernant spécifiquement la qualité de l'aide « *quality of aid or quality of help* » donne peu de résultats. En fonction des thésaurus des différentes bases de données, différents mots clés sont également utilisés comme « *homemaker services, home health aides, homebound persons, health care quality, access and evaluation* ».

Étant donné que la qualité des services d'aide est souvent étudiée dans un cadre plus large concernant l'ensemble des « *soins* » dispensés aux personnes âgées, les auteurs l'abordent souvent en étudiant la qualité des services de santé « *quality of health care* » ou la qualité des soins « *quality of care or quality of social care* ». Ainsi, ces termes ont été également utilisés dans la recherche bibliographique. Comme Hesbeen (2002) l'évoque, il est à noter que le vocable de la « *qualité du soin* », plus proche de la qualité de l'aide, est très peu utilisé dans la littérature. Le terme « *quality of care* » se réfère souvent à la seule qualité « *technique* » des soins médicaux et des soins infirmiers, et moins à la qualité « *du soin* ».

3.2 Conceptions et définitions de la qualité

3.2.1 Différentes conceptions de la qualité

Plusieurs conceptions et définitions de la qualité sont décrites dans la littérature. Cependant, plusieurs auteurs soulignent que la qualité (des soins) reste un concept complexe et multidimensionnel, difficile à saisir (Bos et al., 2007; Mor et al., 2003; Or & Comme-Ruelle, 2008). À notre connaissance, la qualité de services d'aide aux personnes âgées ne fait pas l'objet d'une définition spécifique. Cependant, les connaissances produites dans les autres secteurs, en particulier celui des soins, pourraient aider à mieux comprendre la qualité de l'aide et les attributs de ses différentes dimensions.

De même, pour définir la qualité dans le secteur de la santé, il est fréquemment fait référence aux connaissances développées dans d'autres domaines comme l'industrie, la gestion et le marketing, les premiers à s'intéresser de façon formalisée au concept de la qualité et à la manière dont il faut la définir et la mesurer (Reeves & Bednar, 1994). Coestier et Marette (2004) soulignent qu'à cause de ces références, la vision des théories économiques et de la sociologie du marché caractérise beaucoup les définitions de la qualité dans le champ de la santé.

D'après Marette (2004), la qualité est un terme polysémique utilisé pour caractériser un objet, un sentiment ou une action. Elle a la double fonction de qualifier un état d'un objet ou de la personne concernée, tout en se référant aux catégories fondamentales de l'être, c'est-à-dire de ce qu'il ou elle est (Bloch & Von Wartburg, 1964), de sa façon d'être et de sa valeur (Doucet, 2013). C'est pour cela que Hesbeen (2002) recommande de ne pas avoir une « approche réductrice » de la qualité, quand bien même celle-ci serait « pragmatique, car mesurable ». Sinon, d'après l'auteur, il s'agirait d'« un leurre de qualité » et « elle peut s'avérer, préjudiciable à la population et aux professionnels animés d'une intention soignante ».

Haddad et al. (1997) font remarquer que les définitions de la qualité proposées par plusieurs auteurs relèvent du double sens de la qualité. Soit celui de sa conception neutre, caractérisant un objet, un service ou un produit, soit celui de sa conception absolue, selon laquelle la chose est appréciée, recommandable ou jugée excellente par rapport à une autre. Ces auteurs soulignent que la singularité des services de santé rend davantage plus complexe la définition de la qualité.

D'autres auteurs admettent que la qualité est un construit social qui dépend des valeurs auxquelles on se réfère, des normes implicites ou explicites, des critères subjectifs ou objectifs choisis selon la vision individuelle ou collective (Health Services Research Group, 1992). Gomez (1994) décrit la qualité comme un construit socio-économique en évolution. Pour Dabo (2009), c'est « un concept polysémique, arbitraire, relatif, mouvant en fonction des périodes et des institutions et non exempt de subjectivité ». Robelet (2003) souligne que les attributs de la qualité sont définis et hiérarchisés selon la vision et le rôle de ceux qui les déterminent suivant un secteur donné.

Boyer et Nefzi (2009) identifient deux approches distinctes pour définir la qualité d'un service : l'« approche produit » et l'« approche utilisateur ». La littérature montre que les définitions les plus anciennes se réfèrent plus à cette « approche produit » qu'à « l'approche utilisateur ».

- « **L'approche produit** » considère un service comme un produit, ainsi « la qualité du service est la somme de ses attributs physiques et technologiques et le degré de leur conformité aux standards ». Selon les auteurs, cette approche est appropriée pour un service dont le processus de production est séparé de sa consommation.

Il est décrit trois limites de cette approche :

«1° elle présente la notion de qualité comme un objet physique facilement observable et mesurable,

2° elle ne reconnaît pas le fait que la production et la consommation puissent avoir lieu de façon simultanée,

3° elle s'intéresse au point de vue du producteur sur la qualité et néglige le point de vue du consommateur ».

Plante et Bouchard font remarquer que souvent les auteurs considèrent la qualité comme une « réalité universelle et globale » (Bouchard & Plante, 2002; Plante & Bouchard, 1998), alors que pour eux, il faudrait considérer la qualité comme « circonstancielle ou spécifique », donc, un établissement devrait « rechercher non pas la qualité, mais des qualités attendues ». Ils montrent comment plusieurs auteurs auxquels ils font référence définissent la qualité de multiples façons avec des particularités (Plante & Bouchard, 1998) :

- Peters et Waterman (1982) définissent la qualité comme étant « l'excellence »,

- Feigenbaum (1961) considère la qualité comme « valeur »,
- pour Juran et Gryna (1988), c'est « la conformité à l'utilisation voulue »,
- pour Gilmore (1974), il s'agit de la « conformité aux spécifications »,
- Crosby (1979) évoque « la conformité à ce qui est requis, n'ayant aucun défaut, zéro défaut »,
- et pour Parasuraman (1985), c'est ce qui est « satisfaisant ou dépassant des exigences des consommateurs ».

De là se dégage selon Plante et Bouchard trois points de vue à savoir : « la conformité avec ce qui est voulu ou désiré, la conformité avec ce qui est effectivement produit et la conformité avec ce qui est perçu ».

Reeves et Bednar (1994) considèrent également qu'une approche définissant la qualité comme *conformité aux spécifications* est inappropriée pour certains services qui demandent plus de contact humain. D'après le classement de Haywood-Farmer (1988) fait en fonction du niveau de contact et d'interaction que requiert un service, les services de soins de santé sont dans le groupe des services avec « beaucoup de contacts et d'interaction » « *high contact/interaction and intensity high customization* ». Ce qui est le cas pour les services d'aide.

Par ailleurs, Lejeune (1989) et Boyer & Nefzi (2009) expliquent que l'intangibilité et la simultanéité de la production et de la consommation de certains services les différencient des autres biens ou produits. Cela demande de concevoir différemment la qualité des services en fonction de leurs natures.

- « **L'approche utilisateur** » considère que « la qualité représente une notion relative qui varie d'un consommateur de service à un autre et d'un moment à un autre ». Les auteurs précisent que cette approche tient compte de « la simultanéité de la production et de la consommation et des conditions dans lesquelles se déroule le service ». Ainsi, dans cette perspective, la qualité du service ne se réfère pas à l'évaluation objective de la conformité aux spécifications ou de la supériorité technique et mesurable du produit, mais elle se réfère à « la comparaison que le client opère entre ses attentes et ses perceptions concernant la manière dont le service a été accompli » (Boyer & Nefzi, 2009).

Cette approche permet de prendre en compte ce que Stebon (2000) identifie comme l'ensemble des éléments essentiels caractérisant la qualité et permettant de la définir, à savoir

« son objet, sa nature et son environnement ». Ainsi, concernant le domaine de la santé, l'auteur explique que la qualité est spécifique, d'une part à « son objet, c'est-à-dire la maladie ou la dépendance comme problème à résoudre, d'autre part à la nature interactive de réponses mises en œuvre à travers le soin et au cadre professionnel dans lequel elle s'inscrit ».

En résumé, il existe plusieurs conceptions de la qualité (Tableau IV), certaines sont plus proches les unes des autres, d'autres sont divergentes ou complémentaires.

Tableau IV : Différentes conceptions de la qualité

<i>Auteurs</i>	<i>Conceptions et approches de la qualité</i>
Haddad et al. (1997)	Conception neutre ou conception absolue
Health Services Research Group (1992).	Construit social
Gomez (1994)	Construit socio-économique
Boyer et Nefzi (2009)	Approche produit, approche utilisateur
Plante et Bouchard (1998, 2002)	Réalité universelle et globale, circonstancielle ou spécifique
Peters et Waterman (1982)	Qualité comme excellence
Feigenbaum (1961)	Qualité comme Valeur
Juran et Gryna (1988)	Conformité à l'utilisation voulue
Gilmore (1974)	Conformité aux spécifications
Crosby (1979)	Conformité à ce qui est requis, zéro défaut
Parasuraman (1985)	Satisfaisant pour le consommateur

Plusieurs définitions de la qualité ont été développées en référence à ces différentes conceptions, les plus citées dans la littérature sont celles qui se réfèrent à la fois aux deux approches produit-utilisateurs, notamment celle de Reeves et Bednar (1994). La qualité est comme : « la capacité ou l'aptitude d'un produit ou d'un service à satisfaire des attentes des clients, comme valeur, conformité aux spécifications ou excellence ayant une reconnaissance universelle » (Reeves & Bednar, 1994).

D'autres définitions proches de la précédente considèrent que la qualité est « l'ensemble des caractéristiques d'un bien ou d'un service qui lui confèrent l'aptitude à satisfaire de manière continue les besoins et les attentes des utilisateurs ou des usagers » et que la qualité d'un service

correspond à « l'aptitude d'un service à répondre adéquatement à des exigences, exprimées ou implicites, qui visent à satisfaire ses usagers » (Office québécois de la langue française, 2010).

Il existe d'autres définitions plus spécifiques aux services des différents domaines, notamment celui de la santé, qui s'inscrivent soit dans les approches décrites ci-dessus, soit dans celles qui sont spécifiques aux services concernés.

3.2.2 Approches et définitions de la qualité dans le secteur sanitaire

Plusieurs auteurs ont décrit différentes approches définissant la qualité des soins et services de santé. Malgré cela, McClarey (2009) souligne que la qualité des soins reste un terme générique pouvant prendre plusieurs significations et diverses dimensions. Cela peut être lié aux multiples contraintes, spécifiques au système de soins, et à la nature des services de santé.

Selon Campbell et al. (2000), les définitions de la qualité des soins peuvent être classées dans deux approches possibles, l'une générique et l'autre plus développée (Campbell et al., 2000b). En effet, Haddad et al. (1997) constatent que certaines définitions sont explicites, d'autres implicites, parfois conceptuelles ou opérationnelles, tout en étant évolutives et dynamiques.

Par ailleurs, Campbell et al. (2000) distinguent deux niveaux de définition de la qualité des soins, le niveau individuel et le niveau populationnel. Pour eux, le concept de la qualité prend plus de sens quand il est appliqué aux bénéficiaires des soins, c'est-à-dire défini au niveau individuel. Cependant, ces auteurs reconnaissent également la nécessité de prendre en compte les éléments du contexte général dans lequel les soins sont délivrés. De là, ils ont défini la qualité différemment selon le niveau individuel ou populationnel. Pour le premier niveau, ils considèrent que les soins sont de qualité « si des individus peuvent accéder aux structures et aux processus des soins dont ils ont besoin et si les soins reçus sont effectifs ». Quant au deuxième niveau, la qualité des soins correspond « à la possibilité d'accès aux soins sur la base d'efficacité et d'équité afin d'optimiser les bénéfices et bien-être pour toute la population » (Campbell et al., 2000b).

Pour Roemer et Montoya-Aguilar (1989), la qualité des soins correspond à « la mesure dans laquelle les ressources disponibles ou les services offerts répondent à des normes préétablies ». Ils distinguent aussi deux niveaux de la notion de qualité, la qualité du système de

santé dans son ensemble et la qualité des activités. Ils précisent que ces deux conceptions ne sont pas antagonistes et ne s'excluent pas mutuellement. Ils recommandent de préciser le niveau auquel se réfère le concept de la qualité, cela permet d'obtenir une définition plus spécifique. Le premier niveau correspond d'une part, à l'ensemble des différents aspects du système à savoir « les ressources, les activités, la gestion et les résultats », d'autre part, à « ce qui fait son mérite particulier ». Quant au deuxième niveau, il concerne la conformité des ressources ou des activités de santé par rapport aux normes préétablies.

Les auteurs soulignent que c'est à la fois la qualité des ressources et celle des activités qui déterminent les résultats ou les effets du système dans son ensemble. Concernant les ressources, « la qualité est assimilée à la capacité à assurer de manière fiable les services programmés ». Ainsi différents attributs sont à considérer, « le *savoir-faire*, la formation, les connaissances, le degré de propreté, la sécurité des installations, l'adéquation de l'équipement et des fournitures, etc. ». Quant à l'activité, la qualité se définit par « la mesure dans laquelle les activités entreprises satisfont aux impératifs techniques d'efficacité et de sécurité ».

Les auteurs mentionnent également d'autres dimensions que celle de l'excellence technique, notamment la dimension humaine avec ses attributs comme « l'acceptabilité personnelle, sociale et culturelle », la prise en compte « des besoins essentiels de soins physiques et psychologiques, de l'équilibre entre les divers niveaux de complexités des soins offerts aux individus, à leurs familles et à la communauté », ainsi que « la fiabilité et la continuité des soins pour tous ».

Vuori (1984) note que le concept de la qualité des prestations de santé est souvent mal défini et employé « improprement ». Afin de clarifier ce concept, il préconise la distinction de ses quatre composantes à savoir : « l'efficacité, la rentabilité, le degré d'adéquation et la qualité scientifique et technique ». De même que les auteurs précédents, il distingue la qualité définie par rapport au niveau systémique ou à celui des prestations. Il différencie trois types de définitions de la qualité des prestations : la définition nominale, l'analyse du contenu et la définition opérationnelle.

1) La définition nominale est considérée par l'auteur comme « l'approche la plus ambitieuse, qui tend à être à la fois exhaustive, logique et cohérente », sauf que celle-ci a des limites du fait qu'« il est difficile d'avoir des critères uniques et exhaustifs qui permettent de mesurer la qualité

des soins offerts aux patients ». Il s'agit d'une définition « *normative, idéale ou maximaliste* » de la qualité.

2) L'approche par l'analyse du contenu « consiste à considérer la qualité comme un phénomène présentant de multiples composantes qui peuvent se définir et se quantifier ». C'est par cette approche, plus fonctionnelle que la définition nominale, que la qualité est souvent définie. L'auteur montre ainsi que par cette approche, l'OMS détermine les différents composants de la qualité des soins à savoir le degré d'adéquation, la rentabilité et la qualité scientifique et technique.

3) La dernière conception proposant une définition opérationnelle jugée par Vuori de « *pragmatique ou septique* » est celle qui considère l'impossibilité d'avoir une définition unique de la qualité. C'est à chacun de définir la qualité en fonction de ses valeurs, de ses objectifs selon le domaine dans lequel il œuvre et la société à laquelle il appartient.

Ces différentes approches de la qualité des soins (Tableau V) donnent lieu à plusieurs définitions de la qualité des soins, toutes différentes (Blumenthal, 1996). *Institute of Medicine* (IOM) aux États-Unis a répertorié plus d'une centaine de définitions spécifiques à la qualité des soins (McGlynn, 1997). Pourtant, les acteurs du secteur sanitaire, y compris les professionnels de santé, ont du mal à définir ce qu'est la qualité de soins (Claveranne et al., 2003).

Tableau V : Résumé des différentes approches et définitions de la qualité des soins

<i>Auteurs</i>	<i>Approches</i>	<i>Niveau de définition et attributs de la qualité</i>
Campbell et al. (2000)	Approche générique (conceptuel) ; Approche désagrégée (opérationnelle)	Populationnel : efficacité, équité Individuel : accès aux structures et aux processus, dispensation des soins effectifs.
Roemer et Montoya-Aguilar (1989)	Qualité des aspects du système de santé et son mérite particulier ; Conformité aux normes préétablies des ressources disponibles et des services offerts	Au niveau du système de santé : ressources, activités, gestion et résultats ; Au niveau des activités et des ressources : savoir-faire, formation, connaissances, degré de propreté, sécurité des installations, adéquation de l'équipement et des fournitures. Impératifs techniques et de sécurité.
Vuori (1984)	Approche nominale ou maximaliste ; Approche phénoménale ou fonctionnelle. Approche pragmatique ou septique	Deux niveaux : systémique et prestations Attributs : efficacité, rentabilité, degré d'adéquation, qualité scientifique et technique.

Parmi les définitions de la qualité des soins, on peut en évoquer quelques-unes dont celle de Donabedian (1980), l'un des pionniers de la qualité des soins. Pour lui, « les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices/risques à chaque étape du processus de soins ».

L'OMS définit la qualité de soins comme :

Une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurent le meilleur résultat pour ce qui est de la santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène, et pour sa plus grande satisfaction, en matière de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins. (Roemer & Montoya-Aguilar, 1988).

L'IOM considère que la qualité des soins correspond à « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment » (Lohr, 1990).

En conclusion, devant l'état actuel de la question telle que présentée ici, on peut se convenir que la qualité est difficile à définir. Comme le soulignent différents auteurs, la qualité reste « une quête infinie, un idéal lointain » (Haddad et al., 1997), « vers lequel il est possible de tendre, sans toutefois parvenir à l'atteindre » (Bouchard & Plante, 2002). Par ailleurs, Bouchard et Plante soulignent que « les termes et expressions utilisés lorsqu'il s'agit de parler de la qualité ne font pas objet de consensus notable et les définitions données à ces termes sont diverses, parfois contradictoires, la plupart du temps non suffisamment claires, pour permettre une mesure et une évaluation rigoureuses ».

En effet, Legris (2009) considère que la définition et la conception de la qualité s'actualisent en fonction des méthodes, des outils et des démarches développés dans la recherche de l'amélioration de la qualité. D'après Haddad et al. (1997), « la qualité nécessite un effort continu d'un ensemble de tous les membres de l'organisation ».

C'est dans cette perspective ; et suite à l'insatisfaction et au manque de consensus sur la conception et sur la définition de la qualité, que de nouvelles approches de la qualité se développent et d'autres sont abandonnées tout en en gardant plusieurs aspects. Plutôt que de chercher à définir la qualité à priori et avec précision ou à la contrôler à posteriori par le contrôle

de conformité aux spécifications, les nouvelles approches de la qualité s'inscrivent davantage dans une démarche continue d'amélioration de la qualité à l'aide des méthodes de gestion impliquant tous les acteurs d'une organisation. Les acteurs des services cherchent donc à gérer la qualité pour l'améliorer.

Comme Plante et Bouchard (1998) le soulignent, « malgré le fait que la qualité semble une réalité difficile à matérialiser, il n'en demeure pas moins que plusieurs désirent la gérer pour mieux l'atteindre ». C'est dans ce cadre que les méthodes de gestion, les approches des actions managériales et le recours aux perspectives des acteurs sont privilégiés et offrent la porte de sortie qui va être explorée dans la suite de ce chapitre.

3.3 Gestion de la qualité et prise en compte des perspectives des acteurs : nouvelle approche de la qualité des soins

3.3.1 Conception de la qualité par et pour le management

La qualité des soins est l'une des principales préoccupations des acteurs du secteur sanitaire et social (Greenfield et al., 2012), son amélioration est devenue un enjeu majeur pour l'organisation et la gestion des services santé (Ovretveit & Gustafson, 2002).

C'est dans les pays anglo-saxons, en Amérique du Nord et en Grande-Bretagne notamment qu'on retrouve la tradition la plus ancienne en matière de méthode de gestion de qualité des services au sein des organisations de la santé. La démarche de standardisation des soins a été généralisée aux États-Unis depuis 1951, avec la création de *Joint Commissions for Accreditation of hospitals*, une démarche identique en France a vu le jour dans les années 80.

Les organisations et les structures sanitaires et sociales, davantage en institution qu'au domicile, ont adopté successivement les différentes démarches qualité développées et formalisées dans d'autres contextes : contrôle qualité, assurance qualité, qualité totale, amélioration continue de la qualité. Les outils développés dans le monde industriel pour l'analyse et la recherche de solutions en matière de qualité, comme le *diagramme de Pareto* et la *roue de Deming*, sont devenus familiers dans le vocabulaire des professionnels de santé.

Comme le souligne Doucet (2013), cette préoccupation de la qualité a provoqué « *du formalisme* » et « *de la complexification* » dans la démarche qualité, avec la génération d'un

ensemble de vocabulaires spécifiques : la qualité, la non-qualité, le niveau de qualité, l'objectif qualité, le management par la qualité, la gestion de la qualité, l'assurance qualité et le processus qualité. Différents modes organisationnels de dispensation des soins et des services de santé ont été également mis en place. Doucet indique qu'il est difficile de distinguer ce qui relève de la qualité en tant que « valeur » à apprécier, de ce qui relève de l'ensemble des méthodes et des normes pour la désigner et l'améliorer, c'est ce qu'il appelle la « *qualitique* » (Doucet, 2013).

Haddad et al. (1997) font l'analyse de l'émergence de ces processus d'amélioration de la qualité en fonction des modèles d'organisation des structures sanitaires, ils constatent que le rôle des professionnels, des usagers et des décideurs en matière de qualité a évolué « en parallèle » avec le développement des modes organisationnels. Ils distinguent trois modèles:

- Le « modèle professionnel » privilégie le point de vue des professionnels, principalement des médecins. Ces derniers détenaient le savoir et le monopole de la légitimité sur la qualité des soins. La qualité des soins était considérée comme une *affaire* de relation entre patient-médecin, il y avait très peu d'influence extérieure. La qualité des soins n'était pas un enjeu collectif, par conséquent la régulation des pouvoirs publics était quasi inexistante.

- Le « modèle bureaucratique » met en avant la codification et la réglementation des processus et elles ont pris le pas sur l'autonomie professionnelle. La qualité devient alors une propriété relative, liée à la fois aux ressources disponibles et aux savoirs du moment. Les professionnels doivent alors répondre aux impératifs et aux contraintes administratives et réglementaires. C'est l'émergence de l'assurance qualité et de l'accréditation. Les administrateurs investissent dans l'activité des établissements de santé pour contrôler la qualité des pratiques et leur efficacité. La qualité devient ainsi un levier pour maîtriser les dépenses de santé. Cette vision se rapproche de celle de l'industrie.

- « L'approche managériale » de la qualité (*total quality management*) a remplacé la démarche *top-down* du modèle bureaucratique dont la capacité d'améliorer la qualité de soins est limitée. Cette nouvelle approche permet l'implication de tout le personnel et de l'établissement dans sa globalité, ce qui n'est pas le cas pour les deux premiers modèles. Doucet souligne l'importance de la participation de tout le personnel, c'est la clé de la réussite de la démarche qualité (Doucet, 2013).

Martinez (2001) montre également l'évolution de la conception de la qualité par les quatre types d'approches de la qualité, à savoir : 1° l'approche corrective vis-à-vis de ceux qui ont failli à leur mission, 2° l'approche de simple contrôle *a posteriori* par laquelle une instance externe constate la qualité d'un produit après sa production, 3° l'approche préventive par l'assurance qualité et 4° l'approche managériale pour la qualité maîtrisée grâce aux méthodes de management de la qualité.

Doucet indique que l'approche managériale que l'on nomme également *Qualité totale* ou *Total quality management* est fondée sur l'analyse du fonctionnement de l'organisation et sur l'implication de tout le personnel. Contrairement à l'approche de contrôle qualité d'une part, consistant à la vérification de la conformité aux spécifications ou aux critères préétablis, et à l'approche d'assurance qualité d'autre part, basée sur l'analyse des problèmes et des incidents marqueurs de la non-qualité, sur la prévention des risques et privilégiant « la conformité des procédures sur les résultats », l'approche managériale de la qualité ne s'intéresse pas uniquement aux produits et aux processus de production, elle concerne l'organisation dans son ensemble. Ainsi, dans cette approche, la qualité n'est pas une fin en soi, c'est un moyen qui s'intègre dans le fonctionnement quotidien d'une structure. Raison pour laquelle, elle demande « un changement profond des cultures » et « de mode d'organisation ou de management » (Doucet, 2013).

Dans cette perspective managériale, d'autres approches existent considérant la qualité comme un outil de gestion.

McLaughlin et al. (2004) indiquent en effet que l'amélioration continue de la qualité (*Continuous Quality Improvement*) est à la fois « une philosophie de gestion » et « une méthode de gestion » permettant d'assurer à chaque acteur l'autonomie, la participation et le contrôle des activités organisationnelles. En outre, ces auteurs distinguent trois caractéristiques de l'amélioration continue de la qualité : philosophique, structurelle et spécifique aux soins de santé. Ils indiquent enfin que l'amélioration continue de la qualité considère les besoins des patients comme l'élément essentiel de la qualité qui changent selon différents facteurs éducatifs, économiques, technologiques et culturels. Cela nécessite donc l'amélioration continue des méthodes administratives et cliniques ainsi que l'adaptation aux besoins du patient. D'où

l'importance de connaître et de prendre en compte le point de vue de l'utilisateur, interne ou externe à l'organisation ou au système.

De là, Batalden et Davidoff (2007) définissent l'amélioration de la qualité des services de santé comme :

Efforts concertés et incessants de tous – professionnels de la santé, patients et familles, chercheurs, contribuables, planificateurs et éducateurs – pour apporter des changements qui permettront d'obtenir de meilleurs résultats pour les patients, une meilleure performance du système et un meilleur développement professionnel [Traduction libre]. (Batalden & Davidoff, 2007).

Pour Schalock et al. (2014), l'amélioration continue de la qualité est « un processus interne, collaboratif et transformatif se traduisant par une action concrète afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience de l'organisation ». C'est souvent dans cette perspective organisationnelle que différentes initiatives se sont développées afin d'améliorer la qualité des services de santé notamment à domicile (Low et al., 2011). Elles se sont davantage intéressées à l'organisation des services pour mieux répondre aux besoins des personnes s'adressant aux services du système de santé. Il s'agit notamment des travaux concernant les modèles d'intégration des services (Béland et al., 2006; Landi F, 2001), les modèles de *case management* (Ferguson & Weinberger, 1998) et des *soins centrés sur la personne* (Barry & Edgman-Levitan, 2012; Oates et al., 2000).

Comme nous le constatons à travers cette revue de la littérature, en définitive, la conception de la qualité n'est plus de l'ordre d'une fin en soi, des caractéristiques d'un produit ou service, elle ne relève pas uniquement des résultats des soins ou de la relation patient-médecin, mais elle est devenu un moyen pour l'efficacité et l'efficience d'une organisation de santé dans son ensemble (Setbon, 2000). De ce fait, Setbon constate que « ses traductions opérationnelles » constituent un enjeu majeur. En plus d'être une construction technique, l'auteur souligne que la qualité représente une nouvelle forme d'action collective, en conséquence, « un soin comme acte individuel » devient « un soin de qualité comme un produit d'un système organisé » (Setbon 2000).

Enfin, par le développement des différentes approches de la qualité, celle-ci est finalement devenue un élément mobilisateur de tous les acteurs d'une organisation ou d'un établissement dispensateur de soins et de services de santé pour atteindre l'excellence. Cela permet aux professionnels de s'intéresser non seulement à la relation singulière avec le malade, mais aussi au fonctionnement et au dysfonctionnement de tout l'établissement. De plus, la place du patient en tant qu'acteur est également reconnue, en France, elle est inscrite dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. À cet égard, plusieurs auteurs considèrent que la prise en compte des perspectives des acteurs de la qualité, dont celles des patients, est « d'une importance capitale » pour la l'amélioration de la qualité (Sixma et al., 1998).

3.3.2 Perspectives des acteurs de la qualité : éléments théoriques et compte rendu des résultats des études empiriques

D'après Brady et Cronin (2001), bien que la qualité soit plus ou moins sous le contrôle des gestionnaires de services, plusieurs éléments leur échappent notamment ceux influençant le ressenti de leurs clients. Les auteurs soulignent l'influence significative de la qualité de la rencontre par rapport à la perception de la qualité des résultats.

Dans le même sens, la littérature montre que la qualité des services sanitaires et sociaux peut être conçue différemment en fonction des perspectives d'acteurs. Celles-ci sont liées aux représentations des acteurs en rapport avec leurs logiques et leurs finalités (Haddad et al., 1997). D'autre part, Kravitz (1996) constate que les perspectives d'acteurs sont influencées par « les caractéristiques démographiques, les expériences de soins de santé antérieures, et les préoccupations liées aux problèmes de santé spécifiques du patient ». En revanche, l'auteur précise qu'elles peuvent se modifier selon « la façon dont le professionnel agit pendant les soins » (Kravitz, 1996). Cela constitue l'une des difficultés d'étudier les perspectives d'acteurs sans qu'elles soient confondues avec ce qui les influence ; cette confusion est à éviter.

L'étude réalisée par Couillerot-Peyronder et al. (2011) montre par exemple qu'il existe « un lien positif entre une excellente qualité perçue et une relation forte du patient avec son médecin ». L'antériorité de cette relation est aussi déterminante ainsi que « la capacité du médecin à impliquer systématiquement son patient dans la décision et dans la prise en charge

thérapeutique ». Par contre, cette étude ne met pas en évidence « la relation majeure entre la qualité des soins perçue et la qualité technique des soins ». De même, l'expérience personnelle du patient avec le système de soins ainsi que les caractéristiques du patient sont peu déterminantes (Couillerot-Peyrondet et al., 2011).

Plusieurs auteurs indiquent que la perception de la qualité des soins des patients diffère de celle des prestataires (Papp et al., 2014; Siriwardena & Gillam, 2014), pourtant, seules les perspectives des experts ont été longtemps prises en compte pour définir la qualité des services de santé (Roberge et al., 1998). Cette approche d'experts aboutit aux normes préétablies que Hesbeen (2002) conteste en posant la question de savoir si « la qualité ne serait pas déterminée par le regard de la personne soignante qui croise et rencontre celui de la personne soignée et qui permet une forme d'approvisionnement réciproque au cheminement et à la recherche commune du préférable au-delà des normes établies ? ». En se référant aux travaux de Reerink (1985), Hesbeen (2002) considère que « la qualité est comme la beauté, elle est dans l'œil qui regarde ». C'est pour cela qu'Oermann et Templin (2000) soulignent l'intérêt d'« étudier ce que les patients attendent des services de santé et ce que la qualité des soins signifie pour eux ».

Les travaux de recherche sur les perspectives des bénéficiaires des services délivrés à domicile restent encore limités (Oermann & Templin, 2000). Néanmoins, nous retrouvons dans la littérature différentes études empiriques s'intéressant aux perspectives des personnes âgées et à celles des professionnels en matière de qualité dans le contexte hospitalier.

L'étude de Roberge et al. (1998) réalisée auprès de personnes âgées ayant été hospitalisées dans une unité de courte durée gériatrique a mis en évidence quatre dimensions dont l'ordre d'importance dépend du nombre de critères exprimés par les personnes âgées. La plus importante est l'environnement des soins avec 19 critères, suivi par l'attitude des professionnels avec 18 critères, la compétence des professionnels compte 16 critères et enfin la dimension des résultats des soins ne comprend que 3 critères (Roberge et al., 1998).

Néanmoins, les auteurs de cette étude insistent sur « la portée relativement limitée des conclusions d'études des points de vue des clientèles à l'égard de la qualité des services gériatriques », ils évoquent surtout des limites méthodologiques liées au manque de précisions du champ de service concerné et à l'utilisation d'outils de mesure inappropriés.

Stolt et al. (2011) présentent les résultats d'une étude suédoise réalisée par le *National Board of Health and Welfare* (2008) dans le but d'élaborer des indicateurs de la qualité. Selon cette étude, les personnes âgées évoquent plusieurs aspects de la qualité tels que la participation à l'élaboration du plan de soins, l'accessibilité et la continuité des services, la compétence du personnel, le soutien social, etc. Une étude danoise de Roestgaard et Thorgaard (2007) présentée par les mêmes auteurs avait trouvé les mêmes résultats. En revanche, du point de vue des soignants, l'étude a mis en exergue l'attitude du personnel, la participation, le plan de soin et de rééducation, la nourriture et le sommeil. Quant aux questionnaires municipaux, ils ont focalisé leur attention sur la nutrition, la nourriture, l'attitude du personnel, les escarres, les médicaments et l'implication des personnes âgées.

Une étude qualitative anglaise réalisée par Attree (2001) sur la perception de la qualité des soins montre que les patients et leurs proches décrivent les soins de bonne qualité comme « les soins personnalisés, en lien avec leurs besoins, centrés sur le patient, dispensés avec humanité à travers la présence d'une relation bienveillante du personnel, faisant preuve d'implication, d'engagement et de souci de l'autre ». Elle montre également que « l'expérience des soins de qualité procure aux patients le sentiment d'être véritablement soignés (*caring for and caring about*), et facilite le développement de la confiance ». Dans la même étude, les soins considérés de non-qualité sont décrits comme « les soins sans rapport avec les besoins de la personne, dispensés de manière impersonnelle, par le personnel qui ne connaît pas le patient et sans que ce dernier soit impliqué ». Les différents attributs sont regroupés en trois dimensions relatives à la nature des soins délivrés, à la relation avec le patient et aux résultats (Attree, 2001).

L'étude réalisée par DePalma (2002) à partir des perspectives des patients d'un service de court séjour a abouti aux résultats presque similaires à ceux trouvés dans la précédente étude. Elle a identifié trois catégories principales de la qualité des soins : un minimum de principaux services attendus, les caractéristiques et attitudes des soignants et le processus organisationnel. L'auteure souligne que la compétence n'a pas été suffisamment déterminante pour la qualité, on ne l'évoque que lorsqu'elle fait défaut. Cependant, les qualités personnelles des soignants et leurs interactions avec les patients déterminent le niveau de la qualité perçue. D'autres aspects comme la communication, la disponibilité des soignants et les soins personnalisés constituent les attributs d'un service de qualité.

Oermann et Templin (2000) ont réalisé une étude à Midwest aux États-Unis qui a mis en évidence un certain nombre de critères de la qualité : l'accès aux services voulus, la compétence et la qualification des prestataires, le traitement approprié, la communication efficace, l'attitude bienveillante des soignants et l'information concernant les soins.

L'étude de Bayliss et ses collaborateurs (2008) a permis d'identifier certains attributs des dimensions de la qualité ressemblant à ceux mis en évidence dans les études précédentes. Elle a montré que les patients âgés avec comorbidités souhaitent : 1° pouvoir être en contact direct avec les professionnels qui assurent leur suivi, soit par internet, soit en personne, soit par téléphone, 2° être informés du plan de soins individualisé, 3° avoir un seul interlocuteur coordinateur de leurs soins, capable de les aider à prendre des décisions dans les différents domaines liés aux problèmes qui les concernent. L'étude indique aussi que les patients attendent une écoute de la part des fournisseurs de soins reconnaissant leurs besoins, capables de les apprécier individuellement au fur et à mesure de leur changement, et ayant une attitude bienveillante [*caring attitude*] (Bayliss et al., 2008).

Quant à l'étude sur la perception de la qualité des soins réalisée par Chao et Roth (2005) dans une institution de soins de longues durées met en évidence six dimensions de la qualité :

- 1) l'attitude bienveillante au moment de l'interaction avec le résident qui devrait se dérouler dans une relation familiale selon leur culture, caractérisée par la patience, l'amour, la manifestation du respect et souci de l'autre. Il s'agit de la dimension la plus importante du point de vue des résidents.
- 2) le respect des préférences individuelles lors de planification et de mise en œuvre des activités de soins. Les personnes interrogées souhaitent que leurs habitudes et coutumes en matière de nourriture, de toilette et d'habillement soient considérées et respectées.
- 3) le soutien affectif grâce à une relation de confiance établie entre la personne âgée et les soignants, la croyance ou le soutien des membres de famille.
- 4) l'interaction sociale, la communication qui est l'un des éléments importants évoqués par les répondants.
- 5) l'environnement favorable (*supportive environment*), le confort, la propreté et l'esthétique et le fait d'être et de se sentir en sécurité.

6) l'accessibilité des soins, c'est-à-dire le niveau de services disponibles au moment où le résident en a besoin (les soins d'hygiène personnelle, l'aide pour le déplacement, l'aide au repas, etc.) (Chao & Roth, 2005).

Les études mentionnées dans cette section montrent qu'il existe un ensemble des visions de la qualité qui sont parfois différentes et qui coexistent avec des avantages et des limites (Alster & Radwin, 2004). Haddad et al. (1997) distinguent trois types de perspectives : la première, la plus restrictive, ne considère que des « *services nécessaires* », la deuxième, plus large, se réfère aux « *services voulus* » et la troisième, plus rationnelle est celle des « *services requis* ». Selon les auteurs, la pertinence de chacune de ces perspectives dépend de la perception qu'en ressent chaque acteur, celle-ci étant liée à sa représentation de la qualité ainsi qu'à sa finalité dont la logique dépend de plusieurs déterminants. Cette pertinence dépend également de l'évolution des modes organisationnels des services que l'on qualifie.

Enfin, ces études concernant les perspectives des acteurs mettent en évidence plusieurs dimensions de la qualité des soins résumées dans le tableau VI. Leur compréhension et leur prise en compte sont essentielles pour l'amélioration et la mesure du niveau de qualité des services délivrés (Stern et al., 2003). Pourtant, Cleary et Edgman-Levitan (1997) remarquent qu'elles ne sont pas assez prises en compte lors des évaluations de la qualité des soins de santé. Comme le souligne Attree (2001), cela est à l'origine du manque de « clarté et de validité conceptuelle » et engendre des problèmes méthodologiques et théoriques qui s'en suivent ne permettant pas d'analyser de façon rigoureuse la qualité des soins (Attree, 2001). Brady et Cronin (2001) expliquent que ces difficultés sont principalement dues au fait que la perception de la qualité est multidimensionnelle et que ses différentes dimensions ont plusieurs attributs encore moins explorés. En outre, leur compréhension tenant compte de leurs contextes organisationnel et culturel reste limitée (Chao & Roth, 2005).

En s'inscrivant dans la suite de ces travaux sur les perspectives des acteurs, les résultats de la thèse permettront non seulement de mieux comprendre les perspectives des acteurs en matière de la qualité en général, mais également d'avoir des informations précises sur la qualité d'aide tenant compte, d'une part, de la nature des services d'aide à domicile, d'autre part, des spécificités du contexte organisationnel et culturel tel que les auteurs cités ci-haut le recommandent.

Tableau VI : Résumé des études empiriques sur les perspectives des acteurs concernant la qualité des soins

Auteurs	Contexte, pays	Perspectives des acteurs
Roberge et al. (1998)	Institution, hospitalisation court séjour gériatrique, Canada.	Environnement des soins, attitude des professionnels, compétence des professionnels et résultats des soins.
Stolt et al. (2011)	Institution pour personne âgée, indicateurs de qualité, Suède.	Participation à l'élaboration du plan de soins, accessibilité, continuité des services, compétence du personnel et soutien social.
Roestgaard et Thorgaard (2007)	Soins communautaires, Points de vue des personnes âgées, soignants, et gestionnaires, Danemark.	<ul style="list-style-type: none"> - Du point de vue des personnes âgées : continuité, compétence du personnel, participation et relation sociale. - Du point de vue des soignants : Attitude du personnel, participation, plan de soin et de rééducation, nourriture et sommeil. - Du point de vue des gestionnaires municipaux : nourriture, attitude du personnel, escarres, médicaments et implication des personnes âgées.
Attree (2001)	Institution, hospitalisation de médecine générale, qualité des soins, patients et leurs proches, Angleterre.	<ul style="list-style-type: none"> - Attributs des soins de bonne qualité : soins personnalisés, en lien avec leurs besoins, centrés sur le patient, dispensés avec humanité (relation bienveillante de la part du personnel, implication et engagement du personnel, souci de l'autre), expérience des soins de qualité procurant aux patients le sentiment d'être véritablement soignés et facilitant le développement de la confiance. - Attributs des Soins de non qualité : soins sans rapport avec les besoins de la personne, dispensés de manière impersonnelle, le personnel qui ne connaît pas le patient et le manque d'implication du patient. <p>Trois dimensions : nature des soins délivrés, relation avec le patient et résultats.</p>
DePalma (2002)	Institution, service de soins aigus (acute care setting), personnes de plus de 24 ans, USA.	Trois catégories principales de la qualité des soins : un minimum de principaux services attendus, caractéristiques et attitudes des soignants et processus organisationnel.
Oermann et Templin (2000)	Soins ambulatoires, salles d'attente, personnes de 18 ans et plus, USA.	Critères de la qualité : accès aux services voulus, compétence et la qualification des prestataires, traitement approprié, communication efficace, attitude bienveillante des soignants et information concernant les soins.
Bayliss et al. (2008)	Soins (médicaux) communautaires, Souhaits des patients âgés de 65 et plus avec comorbidités, USA.	Attributs des dimensions de la qualité : pouvoir être en contact direct avec les professionnels, être informées du plan de soins, avoir un seul interlocuteur coordinateur de leurs soins, être écouté, soins et suivi individualisés et attitude bienveillante [<i>caring attitude</i>].
Chao et Roth (2005)	Institution de soins de longues durées, Perception de la qualité des résidents, Taiwan.	<p>Six dimensions de la qualité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attitude bienveillante au moment de l'interaction : relation familiale, respect de la culture du résident, patience, amour, manifestation du respect et du souci de l'autre. - Respect des préférences individuelles lors de planification et de mise en œuvre des activités de soins : nourriture, toilette et habillement. - Soutien affectif : relation de confiance, croyance et soutien des membres de famille. - Interaction sociale : communication. - Environnement favorable (<i>supportive environment</i> : confort, propreté, esthétique et se sentir en sécurité). - Accessibilité des soins : niveau de services disponibles selon les besoins du patient (soins d'hygiène personnelle, aide pour le déplacement, aide au repas).

3.4 Approches de la qualité par des modèles conceptuels et par les indicateurs

Dans l'effort de compréhension et d'amélioration de la qualité pour répondre à l'insatisfaction des usagers des services de santé et à l'obligation de dispenser un service de qualité, la nécessité de mesurer son niveau effectivement atteint est incontournable. Par conséquent, la question de sa définition est de nouveau posée, car, comme l'indique Bouchard et Plante (2002), « rien ne peut être mesuré sans avoir été défini au préalable, la mesure s'oppose au flou et sa qualité tient à la clarté de la définition de l'objet ou du phénomène à observer ».

Ainsi, la conception plus opérationnelle que théorique de la qualité est indispensable ainsi que les indicateurs de qualité, dont la fiabilité et la faisabilité sont requises. Par contre, cela reste compliqué, car la qualité est « un concept pluriel compte tenu de ses multiples résonances et parfois même de ses dissonances chez les personnes qui la prennent pour cible » (Bouchard et Plante (2002), d'où la difficulté de la rendre plus opérationnelle pour l'apprécier.

Selon Wilkin et al. (1992) cités par Attree (2001), « l'évaluation de la qualité représente un mélange complexe des besoins et des attentes pour les soins et l'expérience des patients par rapport aux soins reçus ». Étant donné que la qualité « est beaucoup plus l'aboutissement d'un processus que le résultat » (Boyer & Nefzi, 2009), son évaluation devrait s'intéresser à toutes les dimensions de ce processus. D'après Vuori (1984), l'évaluation de la qualité est un « concept méthodologique » nécessitant d'être opérationnalisé, pour être à même de « juger dans quelle mesure un service de santé spécifique est de qualité » (Donabedian, 1980).

Cette *opérationnalisation* nécessite un cadre conceptuel permettant de saisir l'ensemble du processus en question et sa réalité dynamique et systémique : les relations existant entre les dimensions et types d'influences qui s'exercent entre elles afin de produire un service de qualité. Il faut également disposer des critères et des indicateurs permettant de juger si le service réalisé est de bonne qualité (Stolt et al., 2011), c'est-à-dire s'il répond à un certain nombre de critères pour chaque dimension selon le modèle conceptuel retenu.

Selon Glass (1991), ce sont les modèles conceptuels de la qualité des soins qui aident à en spécifier ses dimensions. Toutefois, l'auteur souligne que le manque de modèles spécifiques aux contextes peut compromettre les efforts d'évaluation. De plus, chaque modèle a des avantages et des limites (Brook et al., 1996), certains d'entre eux sont plus génériques, d'autres

ciblent des services d'un secteur donné notamment celui des services de santé, une activité bien spécifique ou une partie de la population. Leur application peut parfois être limitée, soit à l'échelle « populationnelle, organisationnelle ou individuelle » (Young, 1997), soit à la catégorie d'une population, jeune ou âgée (Wolmark, 2001). D'où l'importance d'avoir un modèle capable de saisir les différentes dimensions de la qualité du service à évaluer.

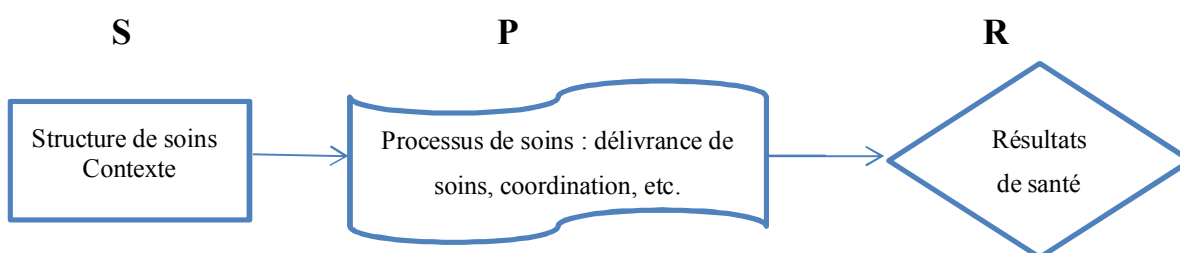
Face à l'impossibilité d'avoir une définition consensuelle et d'établir la typologie opérante de la qualité, plusieurs modèles, dont quelques-uns vont être présentés, ont été conçus dans le but de clarifier davantage les construits de la qualité et de rendre compte de sa complexité, afin de pouvoir mieux la mesurer.

3.4.1 Modèles conceptuels de la qualité

a. Une approche systémique de la qualité

Le cadre conceptuel le plus connu dans le secteur sanitaire est celui de Donabedian (figure 1). De nombreuses études s'inspirent de ce modèle, considéré comme le précurseur dans le secteur sanitaire et sociosanitaire, pour étudier la notion de la qualité des soins ou autres services de santé et pour en apprécier le niveau. Pour Donabedian (1966, 1980), la qualité peut être définie et appréciée par trois champs : structures, processus et résultats.

Figure 1 : Donabedian's Quality Framework (SPR)



Définis par l'auteur :

La structure concerne les attributs du contexte dans lequel se déroule un service de soins ou de l'aide. Ces attributs sont relatifs au système d'acteurs et à celui des structures organisationnelles, également aux valeurs et aux ressources de ces deux systèmes.

Les processus correspondent à toutes les activités techniques et relationnelles, ainsi qu'aux aspects de la production d'un service de santé.

Les résultats se rapportent aux « effets attribuables aux soins ou aux services reçus » (Donabedian, 2003).

Il est à noter que la mesure de la qualité par les processus, considérée comme l'appréciation directe, est la seule à pouvoir évaluer à la fois les deux dimensions importantes de la qualité à savoir *la qualité technique* et *la qualité interpersonnelle* (Donabedian, 1980; McClarey, 2009). Cependant, l'évaluation directe de la qualité reste rare et difficile à réaliser.

La qualité technique comprend deux attributs, la justesse des services proposés et leur exécution compétente. Quant à la qualité interpersonnelle, elle se réfère « aux normes et aux valeurs sociales qui gouvernent l'interaction des individus dans une société et dans un contexte en particulier », elle repose à l'art de prendre soin (Brousselle et al., 2009). Donabedian (2003) précise que la qualité interpersonnelle dépend de la relation patient-professionnel, elle est caractérisée par ce qu'il considère comme les ingrédients d'un bon soin :

La préoccupation personnelle, l'empathie, le respect, la plénitude, l'évitement de la condescendance, la volonté de prendre le temps, l'effort d'expliquer, l'attention aux préférences du patient, l'honnêteté, la sincérité, les bonnes manières [tradition libre].

Cette relation interpersonnelle permet d'aboutir aux soins de qualité correspondant aux préférences des patients et à leurs attentes conditionnées par les expériences personnelles. Ainsi, l'auteur considère que les normes de la qualité ne sont pas liées au seul aspect technique, c'est pourquoi il est nécessaire de prendre en compte d'autres considérations notamment celles relatives aux préférences individuelles et sociales, éthiques et morales (Donabedian, 2003).

Donabedian (2005) souligne que l'utilisation d'un seul champ comme indicateur de la qualité des soins a des limites. Pourtant, beaucoup d'évaluateurs considèrent souvent un seul champ des résultats, en s'intéressant aux conséquences positives ou négatives supposées être liées aux soins reçus (Brook et al., 1996; Campbell et al., 2002). Bien qu'elles soient facilement mesurables dans le cas des soins médicaux des pathologies aiguës, elles le sont moins dans d'autres situations notamment celles des soins de longue durée et des services d'aide aux personnes âgées dépendantes.

Comme le précisent Duffy et Hoskins (2003), la qualité est fonction du temps et des circonstances, il ne s'agit pas d'une simple chaîne linéaire d'événements. Ainsi, dans certaines

situations la qualité des soins n'est pas synonyme de bons résultats ou de bons processus. Malgré les meilleurs soins de santé possibles, on peut aboutir à de mauvais résultats à cause des facteurs spécifiques liés aux caractéristiques des personnes soignées. Inversement, on peut obtenir de bons résultats grâce aux facteurs liés à la capacité de la personne soignée (Donaldson, 1999).

À cet égard, Donabedian déplore l'incompréhension de son approche conceptuelle, expliquant que le fait de considérer les trois champs dans une relation linéaire serait une vision très simpliste d'une réalité plus complexe.

Dans son dernier livre, Donabedian (2003) rappelle que :

- *structure, processus et résultats ne sont pas des attributs de la qualité, c'est une sorte d'information sur laquelle on peut déduire que la qualité est bonne ou pas,*
- *l'inférence directe à la qualité ne peut se faire à moins qu'il n'y ait une relation prédéterminée dans laquelle la structure influence les processus qui eux-mêmes influencent les résultats [Traduction libre].*

Pour lui, la relation structure-processus-résultats reste une probabilité qui devrait être préalablement établie scientifiquement, bien qu'il soit difficile de déterminer autant la limite de la structure que le début des processus et pareillement entre processus et résultats. Les uns sont des causes et des effets des autres, d'où, explique-t-il, la nécessité de saisir la configuration de la série des causes et des effets (Donabedian, 2003).

Par ailleurs, Donabedian considère que la qualité des soins est le produit de plusieurs facteurs : la science, la technologie et leur application dans la pratique concrète, mais également l'atteinte de plusieurs attributs de ce produit notamment l'efficacité (*efficacy, effectiveness*), l'efficience (*efficiency*), le rendement (*optimality*), l'acceptabilité (*acceptability*), la légitimité (*legitimacy*) et l'équité (*equity*). Pour lui, ce sont ces attributs, pris individuellement ou combinés, qui permettent de saisir le niveau de la qualité obtenue.

Afin, Donabedian recommande que son modèle soit utilisé dans un système équilibré d'évaluation comprenant les trois champs et non pas un seul, car, la relation directe entre ces champs n'est pas souvent établie (Donabedian, 1966), ni la « validité d'attribution » entre eux (Donabedian, 1980). Il considère que son modèle conceptuel est une approche systémique de la qualité (Donabedian, 2003).

À cet égard, King (2006) a démontré le caractère systémique du modèle de Donabedian en utilisant la « théorie de l'atteinte des buts (*King's theory of goal attainment*) ». Pour l'auteure, la structure correspond aux trois systèmes en interaction, celui de la personne, de l'interpersonnel et du sociétal. Quant au processus soignant, il s'agit d'un processus transactionnel constitué par la perception, la communication, l'interaction et la transaction pour atteindre les multiples buts qui représentent les résultats. Pour qu'ils soient atteints, le professionnel et la personne soignée doivent se concerter pour fixer ces buts et s'accorder sur les moyens (King, 2006). Ainsi, pour apprécier la qualité, il est nécessaire de prendre en compte ces différentes interactions, de comprendre comment elles s'influencent, de saisir le rôle des acteurs impliqués et de leurs perspectives en matière de qualité.

De nombreux auteurs ont utilisé l'approche de Donabedian, Structure-Processus-Résultats (S-P-R), soit pour comprendre la notion de la qualité, soit pour la mesurer ou pour élaborer d'autres modèles conceptuels en complétant l'existant ou en l'explicitant à l'aide des autres théories.

b. Les modèles inspirés par la conception donabédienne de la qualité des soins

En se basant sur cette approche, Irvine et al. (1998) ont élaboré le *Nursing Role Effectiveness Model*. Dans ce modèle, les auteurs considèrent la structure comme un ensemble des variables liées aux patients, aux infirmières et à l'unité dans laquelle sont produits les services. Le processus est en rapport avec les fonctions des soignants et leurs rôles indépendants, dépendants et interdépendants. Quant aux résultats, il s'agit de ceux obtenus pour le patient en fonction de son humeur, de son statut fonctionnel et de son *auto-prise* en charge thérapeutique (*therapeutic self-care*) (Doran et al., 2002; Irvine et al., 1998).

Rantz et al. (1998, 1999) ont proposé plusieurs modèles conceptuels de la qualité des soins en maison de retraite permettant d'apprécier la qualité par les trois champs, structure, processus et résultats, avec un intérêt particulier envers celui des processus. Ces modèles ont été successivement élaborés à partir des résultats d'études qualitatives réalisées auprès des professionnels et des gestionnaires des maisons de retraite, ainsi qu'auprès des résidents. Les auteurs ont finalement proposé un seul modèle de la qualité basé sur l'ensemble des résultats de leurs deux études et considéré comme plus opérationnel et global que les précédents modèles

basés uniquement sur les points de vue des professionnels et des gestionnaires (Rantz et al., 1999). Ce modèle suggère que la préoccupation première d'une maison de retraite concerne les résidents, les familles, le personnel et la communauté. Il comprend six dimensions concernant les soins, le personnel, l'environnement, la communication, l'implication de la famille des résidents et le fait de se sentir chez soi. Chacune de ces dimensions possède plusieurs attributs.

Les chercheurs anglais de l'unité de recherche PSSRU (Personal social services research unit) se sont également référés au modèle conceptuel S-P-R pour étudier la qualité des soins à domicile. Comme Donabedian, ils reviennent sur le rôle de la relation soignant-soigné en précisant que « les aspects du processus sont déterminés par cette relation aux dépens de ceux qui sont déterminés par le service ou l'organisation » (Netten et al., 2004). Ils considèrent que les processus comprennent différents composants, notamment : « la continuité, la flexibilité, la fiabilité, la communication, les attitudes, les compétences et les connaissances du personnel ». Quant aux résultats, les composants représentent « la sécurité personnelle, la propreté et le confort personnel, la participation sociale, la maîtrise de la vie quotidienne et l'emploi » (Malley et al., 2007).

c. Combinaison de plusieurs approches pour une meilleure conception de la qualité

En combinant l'approche donabédienne (structure-processus-résultats) et la théorie *Human caring* de Watson, Duffy et Hoskins (2003) ont élaboré un modèle appelé *Quality-Caring model*. Les auteures ont intégré la perspective du *caring* dans leur modèle afin enrichir l'approche structure-processus-résultats. De ce fait, elles considèrent le service de soins de qualité comme un acte relationnel favorisant le maintien de la santé, le bien-être et la dignité de la personne (Cara, 2010; Watson, 2006b). En outre, elles estiment que leur modèle « intègre les facteurs associés à la qualité des soins de santé, les facteurs biomédicaux et les facteurs psychosocio-spirituels » (Duffy & Hoskins, 2003).

Comme le précisent les auteures, leur modèle a pour but « de permettre l'évaluation et l'analyse professionnelle des soins infirmiers, de montrer le travail invisible des soignants et de décrire les liens empiriques et théoriques entre la qualité des soins et la philosophie de *Human Caring*. Le *Quality-Caring model* a la potentialité de mettre en évidence, l'apport du travail des

soignants à la qualité des soins de santé, ainsi que le lien entre l'intervention des soignants et les résultats obtenus (Duffy & Hoskins, 2003).

Dans le *Quality-Caring model*, le rôle du soignant est réalisé au travers deux types de relations, indépendantes et collaboratives (*Independent Relationships and Collaborative Relationships*). Les premières sont des relations que le soignant entretient avec le patient ou la famille et les secondes concernent ses relations avec d'autres professionnels. Le soignant est ainsi considéré comme « la colle de soutien (*supportive glue*) réunissant l'ensemble des membres de l'équipe des soins de santé » (Duffy & Hoskins, 2003).

Par ailleurs, Duffy et Hoskins (2003) considèrent que ce modèle permet de « traduire en langage objectif ce qui est perçu comme l'essence du travail d'un soignant dont le rôle dépasse celui de soulager pour atteindre celui des bons résultats des soins de santé ». C'est par les processus du *caring* considérés comme « dynamiques et transformateurs tant pour le soignant que pour la personne soignée » qu'une relation humaine, sincère et authentique (*genuine and authentic*), permet au soignant de se sentir concerné par la situation de la personne soignée, qui elle-même éprouve le sentiment d'être véritablement soignée (Duffy & Hoskins, 2003).

En outre, le « *Quality-Caring Model* » comprend le champ de la structure qui intègre les trois sous-systèmes définis par Husband et King, à savoir le système individuel, le système interpersonnel et le système de santé (Husband, 1988; King, 1997). Ceux-ci sont en interaction permanente, déterminant ainsi le contexte de relations dans lequel un service d'aide se produit. Ces sous-systèmes sont considérés comme les antécédents (*causal past*) du processus du *caring* (Duffy & Hoskins, 2003), il s'agit notamment des caractéristiques sociodémographiques de différents acteurs, leur champ phénoménal, unique et subjectif, représentant à la fois le cadre de référence et l'expérience de la personne (Cara & O'Reilly, 2008). Plusieurs auteurs affirment l'importance de considérer aussi les bénéfices obtenus pour chacun de ces sous-systèmes lorsque l'on s'intéresse aux résultats d'un service de soins (ST-Germain et al., 2009; Watson, 2006a). En effet, le champ des résultats du *Quality-Caring Model* comprend les résultats relatifs aux patients et à leur famille, aux soignants et au système de santé.

Comme le recommande Donabedian, le *Quality-Caring model* permet de saisir les interrelations entre les trois champs, structure, processus et résultats, en les considérant comme une fonction du temps et des circonstances (Duffy & Hoskins, 2003). En proposant un système équilibré d'évaluation de la qualité de l'aide comprenant les trois champs, ce modèle permet d'éviter le recours à l'appréciation indirecte de la qualité, uniquement par la structure ou par les résultats (Donabedian, 2005). Il focalise l'attention particulière sur l'appréciation des processus dans leurs dimensions techniques, organisationnelles et interpersonnelles (Contandriopoulos et al., 2000).

d. L'apport du *Caring* dans la conception de la qualité des soins

Malgré les difficultés d'appréhender les notions du *soin*, du *prendre soin* ou du *caring*, termes que plusieurs auteurs estiment proches les uns des autres (Hesbeen, 1999; Membrado, 2005), de nombreuses définitions les concernant s'accordent sur leur fondement humaniste sensé guider la pratique soignante de qualité que ces concepts sous-tendent.

Hesbeen (2002) définit le *soin* comme « l'attention positive et constructive portée à quelqu'un dans le but de réaliser quelque chose avec lui et pour lui », tandis que *prendre soin* consiste à « être attentif à une personne en vue de tenter de lui venir en aide dans la situation de vie particulière et singulière qui est la sienne ». Dans le même sens, Svandra (2008) définit le *soin* comme « une manière de se conduire vis-à-vis d'autrui, un engagement actif et concret qui atteste de l'humanité de celui-là même qui le prodigue tout autant que de celui qui le reçoit ». Pour Krol et Legault (2008), l'approche soignante ou le *caring* s'inscrit dans la perspective holistique de la personne et « vise la préservation de la dignité humaine, la promotion de la santé et la guérison dans une harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit » (Krol & Legault, 2008). Ainsi, le *caring* consiste à prendre soin de la personne dans sa globalité (Cara, 2010; Watson, 2006b).

St-Germain et al. (2008) notent que c'est dans cette perspective holistique que les principaux modèles conceptuels utilisés dans le secteur sanitaire ont été développés, notamment le modèle de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) (OMS, 2001). De même, Duffy et Hoskins (2003) indiquent que l'élément central de leur modèle de la qualité des soins est le *caring*. D'après différents auteurs, le *caring* est un processus

(Finfgeld-Connett, 2008; Watson, 2011) des relations soignantes (*caring relationships*), dont le travail physique (faire), l'interaction (être avec) et la relation (intentionnelle) sont ses composants (Duffy & Hoskins, 2003). Ces interactions humaines impliquent la personne aidée et le soignant dans une relation dont les aspects nécessaires sont notamment le respect mutuel, la confiance, la conviction, l'écoute, la présence et la connaissance de la personne soignée (Duffy & Hoskins, 2003; Watson, 2006b; Watson, 2007). Selon Patistea (1999), il s'agit d'« une interaction thérapeutique » qui prend place entre le soignant et le soigné. Pour Roach (2002), le *caring* comprend six attributs qui sont la base de cette relation humaine à savoir la compassion, la compétence, la confiance, la conscience, l'engagement et la manière d'être.

Cara (2003) considère que le *caring* représente l'archétype d'un idéal de *soin* permettant d'aboutir à une relation thérapeutique d'aide et de confiance. Pour l'auteure, c'est « un ensemble de comportements et d'activités » basé à la fois sur le fort engagement du soignant à *prendre soin* de la personne dans son intégralité et sur la préoccupation de la santé, mais également sur l'accomplissement et l'amélioration des individus, des familles, des groupes et des communautés. Dans cette perspective, Watson indique que les personnes impliquées dans ce service sont « coactives et coparticipantes à un processus de soin » (Watson, 2011).

Kyle (1995) notifie le caractère complexe du concept du *caring* en soulignant sa complexité en tant que phénomène, comprenant plus qu'un ensemble de comportements soignants. Pour elle, il s'agit « d'un processus ayant des composantes morale, cognitive et émotionnelle ». Toutes ces caractéristiques du *caring* s'accordent avec la vision de Duke et Copp (1992) selon laquelle la nature du *soin* n'est pas complètement objectivable, elle est comparée à « une ficelle dans un collier, qui tient le chapelet ensemble et toujours caché ». C'est pourquoi il est fondamental de tenir compte de l'ensemble des caractéristiques du *soin* pour mieux comprendre sa nature et mieux définir sa qualité (Bouchard & Plante, 2002).

d. Critiques à l'encontre du modèle de Donabedian

Closs et Tierney (1993) ont souligné la difficulté d'utiliser le modèle de Donabedian en évoquant « les difficultés conceptuelles d'isoler ou d'intégrer les trois champs Structure-Processus-Résultats ». D'après les auteurs, « il est fréquemment impossible de décider lequel parmi les trois peut correspondre à un aspect particulier des soins de santé » [Traduction libre].

En outre, ils ont évoqué la complexité de déterminer avec précision le processus de soins et les problèmes méthodologiques pour évaluer les soins effectivement dispensés.

Ces difficultés évoquées pourraient être plus complexes dans le cadre de certains services, en particulier ceux de l'aide à domicile où la notion de structure telle qu'elle est comprise dans les précédents modèles devient floue. Le domicile peut être considéré comme une structure en soi avec ses propres dimensions, physique, organisationnelle et symbolique (Brousselle et al., 2009). La dispensation de l'aide a lieu au domicile, mais sa planification et son organisation se déroulent en amont au sein de la *structure-prestataire* dont les caractéristiques peuvent interagir avec celles de la *structure-domicile*. L'imbrication des relations de différentes dimensions de ces deux structures est à prendre en compte, ce qui rend donc difficiles l'analyse et l'évaluation de la qualité.

En conséquence, la nécessité de disposer des modèles conceptuels plus opérationnels a amené les chercheurs à concevoir différemment d'autres modèles ci-haut cités ou en s'inspirant parfois des modèles des services de l'industrie du service. Les modèles développés concernent fréquemment les services de soins, en particulier ceux dispensés dans un contexte institutionnel comme les maisons de retraite. Nous n'avons identifié aucun modèle spécifique à la qualité des services d'aide à domicile.

e. Modèles conceptuels de la qualité des services hors champ sanitaire

Plusieurs modèles de la qualité des services ont été développés en dehors du secteur « sanitaire et social », notamment dans le domaine de la gestion et du marketing. Certains éléments de ces modèles sont couramment mobilisés pour définir et apprécier la qualité des services de santé. Divers auteurs s'y réfèrent pour étudier les attributs des différentes dimensions de la qualité des services sanitaires et sociaux. C'est pour cette raison que quelques-uns de ces modèles fréquemment utilisés méritent d'être présentés.

Seth et al. (2005) ont réalisé une revue de littérature répertoriant 19 modèles conceptuels de la qualité de services. Ils soulignent qu'aucun des modèles n'est parfait à cause des différentes raisons. D'une part, les résultats en matière de qualité de service dépendent de plusieurs facteurs, notamment les besoins de la personne, la situation, l'environnement et le temps. D'autre part, il existe plusieurs variables susceptibles d'influencer la qualité des services à savoir les valeurs,

l'attitude, les attentes et les aspirations des acteurs. Enfin, aucun modèle ne permet d'établir de liens entre ces variables (Seth et al., 2005).

i. Conception de la qualité basée sur la satisfaction et la qualité perçue

Le plus connu et le plus utilisé des modèles de la qualité est celui développé par Parasuraman et ses collègues, appelé « *SERVQUAL model* » (Parasuraman et al., 1985). Il a été utilisé non seulement dans le secteur du marketing, mais aussi dans de nombreuses recherches réalisées dans le secteur de la santé concernant la qualité de soins et la perception des acteurs (Chakraborty & Majumdar, 2011; Peprah & Atarah, 2014; Punnakitikashem et al., 2012; Ramez, 2012). Il s'agit « d'un instrument générique » permettant de mesurer la qualité de service perçue (Mukhtar et al., 2013).

Selon ce modèle, la perception de la qualité dépend de la différence entre la performance du service et les attentes initiales (Sabadie, 2003). Ce modèle comprend cinq dimensions : la tangibilité, la fiabilité, la réactivité, l'assurance et l'empathie (Parasuraman et al., 1988). La tangibilité se réfère aux attributs de la structure, c'est-à-dire les installations, le personnel et le matériel. La fiabilité est la capacité de la structure à dispenser les services promis avec rigueur et précision. La réactivité est en rapport avec la volonté du prestataire à aider l'utilisateur et à lui prodiguer des services dans un délai jugé rapide. L'assurance comprend la compétence, la courtoisie, la crédibilité du personnel par leur aptitude à inspirer la confiance et l'assurance. L'empathie est la capacité de dispenser des services attentionnés et individualisés, cela implique la communication, l'écoute et la compréhension de l'utilisateur (van Iwaarden et al., 2003).

Quelques critiques ont été formulées à l'encontre de ce modèle notamment par Cronin et Taylor (1992) qui considèrent que le modèle de Parasurman est basé sur une confusion conceptuelle entre la satisfaction et l'attitude des utilisateurs de services (Cronin & Taylor, 1992). Pour eux, la perception est le meilleur prédicteur de la qualité des services.

En se basant sur les travaux de plusieurs auteurs comme Olivier (1993,1994), Llosa (1996), Ngobo (1997) et Prim 1998), Sabadie (2003) souligne qu'il existe également une confusion entre le concept de satisfaction et celui de la qualité perçue. Selon l'auteur, la satisfaction étant « expérientielle », elle est à la fois « cognitive et affective ». Quant à la qualité perçue, elle est « essentiellement cognitive », elle concerne donc une « prestation elle-même »

et elle influence la satisfaction. Selon Mattsson (1992), la satisfaction est en effet le résultat d'un processus dans son intégralité, d'où l'importance de la prise en compte non seulement des attentes, mais aussi d'autres paramètres comme l'expérience, la considération de l'idéal, le minimum tolérable et désirable. D'autres auteurs adhèrent à cette vision considérant qu'il existe plusieurs paramètres qui déterminent la qualité d'un service.

ii. Conception de la qualité basée sur les préférences et attentes

Haywood-Farmer (1988) estime qu'un service est de meilleure qualité s'il correspond aux préférences et aux attentes des usagers. Pour lui, l'information, la connaissance, la personnalisation du service et la pertinence des services sont essentielles.

Selon Grönroo (1984), trois composants de la qualité des services sont à considérer : la qualité technique, la qualité fonctionnelle et l'image. Pour l'auteur, l'image est fonction de la qualité technique et de la qualité fonctionnelle. Cette dernière correspond à la perception des résultats techniques, alors que la première est le résultat de l'interaction de l'utilisateur avec le service prestataire. Au vu des résultats empiriques, il considère que la qualité fonctionnelle est relative à la façon dont le contenu du service est délivré, c'est-à-dire la rencontre du prestataire et son client, celle-ci est plus déterminante pour la qualité perçue par l'utilisateur que pour la qualité technique correspondant au contenu du service lui-même (Grönroos, 1984).

Pour Sasser et al. (1978), la qualité de la rencontre fait partie des attributs de la qualité selon leur modèle qui comprend sept dimensions : la sécurité du client, la facilité d'accès au service, la fiabilité du service, l'attitude du personnel lors de la rencontre avec le client, la variété des services offerts, l'atmosphère où se déroule la prestation et le moment prévu pour la prestation et la durée.

En mobilisant les éléments issus des modèles de Sasser et al (1978), de Grönroos (1984) et de Parasuraman et al. (1985) et l'approche de la structure du système de *servuction* proposé par Eiglier et Langeard (1976), Nguyen (1991) a identifié les facteurs susceptibles d'avoir une incidence sur la qualité perçue et cela lui a permis d'élaborer le « modèle explicatif de l'évaluation de la qualité d'un service ». Il les a regroupés en cinq « facteurs explicatifs » de la qualité d'un service, l'image de l'entreprise, la performance du personnel, l'organisation interne, le support physique et la satisfaction du consommateur. La vérification empirique de son modèle

lui a permis d'identifier les liens entre ces facteurs explicatifs et la qualité perçue et ainsi de conclure que tous ces facteurs forment « une structure de relations » (Nguyen, 1991).

L'ensemble de ces modèles montre que, quelle que soit l'approche conceptuelle de la qualité, quel que soit le secteur d'activité considéré, la qualité est multidimensionnelle (Campbell et al., 2000b; Rantz et al., 1999; Zeynep & Com-Ruelle, 2008) et qu'il est difficile de déterminer un ensemble bien défini d'attributs de la qualité d'un service (Donabedian, 1966). Cela ne facilite guère le développement d'outils de mesure de la qualité qui soient fiables et valides.

3.4.2 Effort continu de clarification conceptuelle et de précision opérationnelle de la qualité à travers l'évaluation et élaboration d'indicateurs

L'appréciation de la qualité nécessite la précision conceptuelle de la qualité, la définition claire de l'objet à qualifier et celle des indicateurs utilisés (Bouchard et Plante 2002). Les processus d'élaboration d'indicateurs offrent l'occasion de préciser davantage le concept et les définitions de la qualité, en même temps, ils questionnent et révèlent les forces et les limites de certains indicateurs existants et celles des méthodes d'évaluation utilisées. Comme Donabedian (1966; 2005) le recommande, la mesure de la qualité exige la prudence.

Malgré les efforts consentis dans l'amélioration de l'appréciation de la qualité, il n'empêche que de nombreux auteurs continuent à souligner la persistance des difficultés méthodologiques liées aux imprécisions de la conception de la qualité qui soit appropriée par rapport aux services de santé, en particulier ceux dispensés aux personnes âgées. Il est donc indispensable de s'intéresser à ces limites et d'en évoquer quelques-unes pour les comprendre et en tenir compte dans la proposition d'une conception de la qualité d'aide.

Bokhour et al. (2009) mentionnent que pour apprécier la qualité des soins, les évaluateurs ont souvent recours aux indicateurs facilement mesurables en privilégiant les méthodes quantitatives. En revanche, malgré leur utilisation facile, plusieurs auteurs mentionnent les limites de ces méthodes quantitatives (Bokhour et al., 2009; Raguénès, 2008; Rubin, 1990) .

L'utilisation des données recueillies à des fins administratives et agrégées au niveau des structures (Bokhour et al., 2009), l'insuffisance d'analyse des déterminants de la qualité (Berg

et al., 2002) et l'existence de plusieurs facteurs pouvant influencer les résultats obtenus (Donabedian, 2005; Rosati, 2009) constituent les limites de la mesure de la qualité souvent évoquées.

En outre, différents chercheurs rapportent que les évaluations ne prennent pas en compte ni les besoins, ni les préférences, ni les valeurs des personnes soignées (Bokhour et al., 2009; Delbanco et al., 2001), cela pourrait expliquer l'usage limité et inapproprié des résultats de ces évaluations, en particulier au niveau individuel.

Malley et Netten (2007) indiquent que l'appréciation de la qualité devrait correspondre non seulement à la mesure dans laquelle les besoins sont satisfaits, mais aussi à la qualité des processus par lesquels ils sont satisfaits. Elles ajoutent que les mesures doivent être valides, fiables, transparentes et fondées sur le point de vue des utilisateurs. Cependant, la difficulté d'apprécier de la qualité directe des processus conduit souvent à l'appréciation indirecte de la qualité par les structures ou les résultats. Jougleux constate qu'en réalité c'est l'absence de la qualité ou la non-qualité qui est mesurée (Jougleux, 2006). En effet, de nombreux indicateurs de la qualité les plus utilisés concernent l'occurrence et la variation dans le temps des effets indésirables ou des événements évitables (Hirdes et al., 2004; Shekelle et al., 2001; Steel et al., 2004; Van der Ploeg et al., 2008). Comme Cusins (1994) le rappelle, « on entend souvent les personnes dire : j'ignore comment définir la qualité, mais je sais lorsqu'elle fait défaut » (Cusins, 1994).

L'ensemble des observations des auteurs cités précédemment montre qu'il est difficile d'envisager une appréciation de la qualité, si celle-ci n'est pas bien définie. Ces auteurs recommandent de tenir compte des limites identifiées en matière d'appréciation de la qualité et d'élaboration des indicateurs, ils proposent notamment d'impliquer les bénéficiaires des services qui font l'objet d'évaluation.

a. La satisfaction des bénéficiaires et la mesure de la qualité des soins

Actuellement la reconnaissance du rôle du patient dans la mesure de la qualité des services reçus est acquise. Les perspectives du patient en matière de qualité et sa perception de la qualité des services dispensés sont devenues l'objet d'intérêts de plusieurs chercheurs (Jougleux, 2006). Attree (2001) fait remarquer que la satisfaction du patient est parmi les

indicateurs les plus utilisés dans les études réalisées ces dernières années pour évaluer la qualité des soins. En France, l'évaluation de la satisfaction des patients est une obligation réglementaire prévue par le code de la santé publique dans son article L.1112-2.

Comme le montre le travail réalisé dans le cadre du projet COMPAQ-HPST, la satisfaction des patients est reconnue comme indicateur de la qualité des soins et elle est utilisée dans les différents programmes nationaux de plusieurs pays tels que « Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems » aux États-Unis et « Picker Institute Europe pour le National Health Service » en Angleterre. Elle est également utilisée dans les programmes internationaux des organisations telles que l'OMS, le Picker Institute Europe et le Commonwealth Fund (COMPAQ-HPST, 2011).

b. Les limites de la satisfaction en tant qu'indicateur de la qualité des soins

Les auteurs du projet COMPAQ soulignent que la validité des enquêtes de satisfaction est parfois discutable par rapport à leur capacité à indiquer le niveau de la qualité des services reçus. Ils soulignent qu'« un sentiment de satisfaction à l'égard d'un service n'implique pas un service de qualité, mais plutôt qu'un niveau suffisant ou acceptable de réponse à ce service ait été obtenu ». Ainsi, pour les auteurs, « la satisfaction reflète le degré de concordance entre l'expérience vécue par un patient dans une situation donnée et ses attentes vis-à-vis de cette situation » (COMPAQ-HPST, 2011).

Par ailleurs, ils indiquent que les objectifs diffèrent d'un pays à l'autre ainsi que les domaines couverts par les outils utilisés dans les différents programmes. Par exemple, le questionnaire utilisé par Picker Institute porte sur sept domaines à savoir : l'échange d'informations, la coordination des soins, le confort, l'écoute, le respect des désirs des patients, l'implication de la famille et des amis et la continuité des soins. Celui utilisé par l'OCDE ne concerne que trois domaines : l'accès aux soins, la communication et l'autonomie. En France, malgré l'existence d'initiatives nationales concernant la mesure de l'expérience du patient, les auteurs précisent qu'il n'existe pas de questionnaire standardisé.

Selon Crow et al. (2002), la mesure de la satisfaction est confrontée à plusieurs problèmes à la fois méthodologiques et conceptuels. Étant donné que la satisfaction est personnelle et subjective, les normes des soins peuvent varier d'un individu à l'autre selon son

expérience, sa situation personnelle et l'information qu'il détient. Ainsi, les auteurs soulignent que la satisfaction exprimée renvoie aux connaissances et aux attentes du patient plutôt qu'au niveau des services reçus. Ils considèrent ainsi que la satisfaction est « *un concept relatif* » et qu'elle peut être obtenue malgré un niveau de qualité faible du service (Crow et al., 2002).

Ces auteurs indiquent enfin que la mesure de la satisfaction nécessiterait de comprendre comment le patient évalue les soins, or, les mécanismes à travers lesquels le patient formule son jugement de satisfaction des soins sont peu connus. De plus, il existe plusieurs façons de mesurer la satisfaction par différentes approches, quantitatives ou qualitatives. Parmi les 126 études quantitatives analysées, Crow et al. (2002) ont trouvé 145 façons différentes de mesurer la satisfaction. Trois déterminants de satisfaction du patient ont été identifiés : les attentes, l'état de santé, les caractéristiques socio-économiques et démographiques des répondants. Les éléments de services de santé jouent également un rôle important dans la satisfaction du patient, elle est fonction du contexte et des services dispensés.

Williams et al. (1998) et d'autres auteurs cités dans leur article, Locker et Dunt (1978), Fitzpatrick (1993) et Linder-Pelz (1993) soulignent également les difficultés méthodologiques d'appréciation de la qualité des soins du point de vue des patients. Ils évoquent le manque de validité des outils, des questionnaires ou des « *report cards* » utilisés pour mesurer le niveau de satisfaction considérée comme indicateur de la qualité. D'après les auteurs, ces outils ne sont pas assez spécifiques pour définir avec précision l'aspect des soins pris en compte pour exprimer la satisfaction (Williams et al., 1998). De surcroît, les patients ne comprennent pas les informations de certains outils comme celui de « *report cards* » (Oermann & Templin, 2000).

Plusieurs auteurs, Dabholkar et al. (2000); Spreng et Mackoy (1996), soutiennent l'idée selon laquelle les bénéficiaires de service fonderaient leurs jugements sur différentes normes pour déterminer leurs attentes ou leur satisfaction. Par conséquent, ils estiment que la qualité des services et la satisfaction sont deux construits distincts.

Minvielle et al. (2003) considèrent que la satisfaction est « la réaction du patient à son expérience personnelle dans les services ». D'après Riadh (2005), deux types de réactions déterminant la satisfaction sont à distinguer, l'une cognitive et l'autre émotionnelle. Selon l'auteur, la satisfaction cognitive correspond « au résultat d'un processus évaluatif par lequel le

consommateur compare la performance réelle du produit, après la consommation, avec les attentes qu'il avait avant la consommation ». Quant à la satisfaction émotionnelle, « elle est le résultat des réactions émotionnelles générées par la consommation du produit ou du service ».

Kampen et al. (2006) expliquent également que la satisfaction est à la fois dépendante de la perception et des attentes de la personne. Ils estiment qu'elle est influencée par d'autres facteurs « exogènes » indépendamment du niveau actuel de la qualité des services, notamment par les expériences négatives ou positives perçues par le patient. Les résultats de leur étude ont montré que les expériences négatives sont plus susceptibles d'influencer de manière significative le niveau de satisfaction (Kampen et al., 2006). En outre, la personne soignée peut être à la fois satisfaite des soins reçus et insatisfaite des résultats obtenus par rapport à ce qu'elle attendait ou par rapport à ses besoins. On peut donc dire que la satisfaction ne relève pas uniquement de résultats immédiats de la réponse aux attentes (Dabholkar et al., 2000; Spreng & Mackoy, 1996), mais aussi « d'évaluation basée sur l'accomplissement des attentes implicites ou explicites de chaque acteur » (Williams et al., 1998).

En somme, on constate que plusieurs auteurs conviennent que la satisfaction est multidimensionnelle (Gill & White, 2009; Sitzia & Wood, 1997), qu'elle peut être influencée par plusieurs facteurs (Lin, 1996) et en tant qu'indicateur qu'elle peut mesurer autre chose que la qualité des soins réalisés (Malley et al., 2007).

c. Autres indicateurs de la qualité des soins dispensés aux personnes âgées à domicile

Différents travaux de recherche ont utilisé d'autres indicateurs que la satisfaction pour évaluer la qualité des services de santé (voir quelques exemples dans l'annexe 5). La revue de la littérature que nous avons réalisée montre que ces travaux ont été menés le plus souvent dans le contexte institutionnel, à l'hôpital ou en maison de retraite, ceux concernant le domicile sont rares.

Hirdes et al. (2004) soulignent que le développement des indicateurs de la qualité des services de santé à domicile est récent. Ces auteurs indiquent que c'est à la fin des années 90 que l'on a commencé à s'intéresser à l'évaluation de la qualité des soins de longue durée à domicile et à disposer d'indicateurs nationaux. Plusieurs indicateurs ont été développés dans différents pays et utilisés dans les travaux de recherche sur la qualité des services de santé à

domicile. Les plus représentés dans la littérature sont ceux qui ont été développés aux USA et au Canada et validés dans d'autres pays. Ils sont basés sur les outils d'évaluation les plus connus dans la gériatrie tels que InterRAI-Home care (InterRAI-HC) (Landi et al., 2000), Home Health Outcome and Assessment Information Set (OASIS) (O'Connor & Davitt, 2012), Assessing Care of Vulnerable Elderly (ACOVE) (Wenger & Shekelle, 2001) et Home Care Satisfaction Measure (HCSM) (Geron et al., 2000).

L'étude réalisée par Pomey et ses collègues indique que la méthodologie de sélection des indicateurs la plus utilisée est celle développée par *RAND corporation* dite la méthode RAND (Pomey et al., 2013). Cette méthode permet de définir les indicateurs à partir de l'analyse de la littérature faite par les experts à l'aide de la méthode Delphi.

Cette méthode a été utilisée dans le projet ACOVE mis en place en 2001 pour élaborer les indicateurs permettant d'apprécier la qualité des services réalisés. À l'origine, 236 indicateurs ont été définis, ils concernaient 22 domaines cliniques pour les soins de santé des personnes âgées vivant à domicile (Wenger & Shekelle, 2001), la version actuelle (ACOVE 3) comprend 392 indicateurs pour 26 états cliniques différents de divers domaines dont la majorité concerne les diagnostics et les traitements (Wenger et al., 2007).

La revue de la littérature réalisée par Askari et al. (2011), portant sur les différentes études ayant utilisé les indicateurs ACOVE, montre que le niveau de la qualité est relativement bas et variable entre chacun des indicateurs. Les différents travaux réalisés par Rand Corporation utilisant ces indicateurs soulignent trois aspects qui méritent d'être soulignés : 1° la qualité des soins varie selon les contextes et la nature des soins dispensés, 2° les personnes âgées vulnérables ne bénéficient que de la moitié des services recommandés, 3° les soins préventifs ainsi que les soins liés aux problèmes du vieillissement (chute, incontinence) sont moins optimaux que les soins médicaux liés à l'hypertension par exemple (Nicholas & Hall, 2011).

Le réseau collaboratif l'InterRAI ([www. http://interrai.org/](http://interrai.org/)), constitué de cliniciens (médecins et soignants), de chercheurs et de gestionnaires, a développé plusieurs indicateurs de la qualité des services aux personnes âgées, soins aigus et soins de longues durées, dispensés dans différents contextes, domicile et institution. Ces indicateurs sont basés sur des informations recueillies lors d'une évaluation multidimensionnelle des besoins des bénéficiaires de services.

En outre, ces informations permettent de déterminer la classification de ces bénéficiaires dans des groupes dit « Groupes iso-ressources (Ressources utilisation Groups-RUGs) (Björkgren et al., 2000). Concernant les soins à domicile, 22 indicateurs sont définis et ils sont composés essentiellement des événements indésirables, dits « évitables », d'ordre clinique (Hirdes et al., 2004).

Dans la même perspective, les indicateurs issus de l'OASIS sont utilisés pour évaluer la qualité des services à domicile aux USA. Mis en place en 1995, leur développement a été financé par *Medicare* et *Medicaid Services* dans un double objectif, servir d'indicateur de qualité des services à domicile aux USA, servir également pour le classement des bénéficiaires dans des groupes dits « *Home Health Resource Group* » permettant de calculer les taux de remboursement des prestataires de services de santé à l'aide du « *Prospective Payment System* » (PPS) (O'Connor & Davitt, 2012). Bien que ces indicateurs soient largement utilisés pour la politique des soins de santé à domicile et la recherche, O'Connor et Davitt (2012) mentionnent qu'il existe d'importantes lacunes dans les connaissances actuelles et que celles-ci sont peu concluantes pour la validité et la fiabilité l'instrument de mesure sur lequel ces indicateurs sont fondés.

De Veer et De Bakker (1994) suggèrent d'utiliser d'autres approches pour le développement des nouveaux indicateurs. Ces chercheurs proposent que les besoins non satisfaits « *unmet need* » des bénéficiaires de services de santé à domicile soient utilisés comme indicateur de la qualité. Ils distinguent deux types de besoins à considérer, les besoins du fonctionnement physique et ceux du bien-être psychosocial. Il est à noter que ces derniers sont rarement évoqués dans les études identifiées s'intéressant à la mesure de la qualité des services de santé à domicile.

Rares sont des indicateurs développés en collaboration avec les personnes âgées et prenant en compte leurs besoins et leurs attentes. Sixma et al. (2000) ont développé 32 indicateurs dont l'objectif est de mesurer la qualité spécifique aux besoins des personnes âgées et la qualité globale à partir des perspectives des acteurs des services de soins de santé. Seize indicateurs sont génériques et portent sur deux dimensions : structure et processus, ayant 8 indicateurs chacune. Les 16 restants sont spécifiques aux besoins de la personne âgée, dont quelques-uns correspondraient à la qualité de l'aide par exemple : attitude amicale envers la

personne, avoir assez d'heures correspondent à ceux dont elle a besoin, prendre des dispositions appropriées en cas d'urgence et remplacement en cas d'absence de l'intervenant régulier. Aucun indicateur de résultats n'a été défini parce qu'ils n'ont pas été évoqués au cours des focus groupes ou des entretiens menés lors de la phase d'élaboration de ces indicateurs. Les auteurs pensent que, chez les personnes âgées, il est difficile de définir la qualité des soins en termes de résultats. Quand bien même les auteurs estiment que leurs indicateurs peuvent être utilisés pour d'autres groupes de personnes ou dans d'autres contextes, ils recommandent leur validation préalable tenant compte des spécificités culturelles et celles du système de soins de santé liées à chaque contexte.

d. Transférabilité des indicateurs

À propos de l'utilisation des indicateurs développés dans les contextes différents, certains chercheurs se sont intéressés à leurs transférabilités en étudiant leur validité et leur acceptabilité dans d'autres contextes, ils montrent que cela varie d'un domaine de services à l'autre ou d'un contexte à l'autre (Kröger et al., 2007; Steel et al., 2004).

Dans certaines études identifiées, la majorité d'indicateurs était valide et acceptée dans un autre contexte. D'après l'étude de Kröger et al. (2007), 88% des indicateurs développés aux USA et dans d'autres pays sont jugés par un groupe d'experts valides pour être utilisés dans le contexte canadien (au Québec) et la mesure des 97% des indicateurs retenus est faisable. Les auteurs font remarquer qu'il existe d'autres études dont le score de transférabilité est bas, avec seulement un tiers d'indicateurs (33%) qui est transférable. Selon Kröger et al. (2007), cette variabilité est due aux différences de perspectives et d'attitudes des cliniciens et des professionnels.

Concernant le contexte français, aucune publication scientifique n'a été identifiée concernant ni l'évaluation de la qualité des services d'aide à domicile, ni l'existence des indicateurs nationaux. Les travaux publiés s'intéressent davantage au fonctionnement des structures prestataires d'aide ou de services des soins à domicile qu'à la qualité du service rendu. Il s'agit notamment des enquêtes réalisées par la Drees (Marquier, 2010) ou par la Fédération Nationale des Aides à domicile en Activités Regroupées (FNADAR) en collaboration avec l'Association pour la recherche en sciences humaines et sociales (Sarry, 1995).

L'étude de Bos et al. (2007) réalisée dans 11 pays européens, dont la France, son objectif était d'étudier la qualité des soins à domicile en utilisant les indicateurs de l'InterRAI-HC. Les services d'aide à domicile n'étaient pas spécifiquement ciblés. Les résultats de cette étude ont montré les différences de qualité des services délivrés aux personnes âgées dans ces pays. Le manque de qualité consistait par exemple, en l'absence de soins de réadaptation chez les personnes qui en avaient besoin avec un potentiel de réhabilitation dans les activités de la vie quotidienne, en l'inadéquation de soulagement des douleurs des personnes âgées. Étant donné que ces indicateurs ont été développés aux USA et au Canada, les auteurs de cette étude indiquent qu'il était nécessaire de les valider dans le contexte européen. Par ailleurs, ils recommandaient la poursuite de recherches sur la qualité dans le domaine des soins à domicile.

En effet, plusieurs études montrent qu'il n'existe pas de consensus sur les normes et sur les indicateurs de la qualité et que les débats continuent sur la fiabilité des outils de mesure de la qualité. Pomey et al. (2013) constatent que malgré l'existence de nombreuses initiatives d'élaboration d'indicateurs de qualité, leur utilisation reste limitée. L'une des raisons évoquées par les auteurs est que les méthodes utilisées pour les développer sont moins « *participatives et mobilisatrices* », car, elles privilégient encore l'avis d'experts et les points de vue des personnes soignées sont moins recherchés. Cette situation contribue à la difficulté de définir et de rendre opérationnel le concept de la qualité, d'élaborer les indicateurs de qualité valides et représentatifs, en particulier ceux dédiés aux personnes âgées (Stolt et al., 2011).

Comme le recommandent plusieurs auteurs auxquels cette revue de la littérature se réfère, pour élaborer les indicateurs de la qualité appropriés aux services que l'on veut évaluer, il est nécessaire de mieux définir la qualité en fonction de la nature du service concerné et en tenant compte des perspectives des parties prenantes. Enfin, il est indiqué d'utiliser des méthodes d'évaluation permettant d'apprécier la qualité dans toutes ses dimensions, y compris la qualité non technique (Campbell et al., 2000a).

3.5 Synthèse de l'état des connaissances

Cette recension des écrits scientifiques conduit à plusieurs constats.

Peu de travaux de recherche portent spécifiquement sur la qualité des services d'aide à domicile et aucune étude sur la définition de la qualité de l'aide n'a été réalisée en France ; pourtant le champ des connaissances concernant la qualité des autres services est vaste, notamment celui des services de santé et ceux de l'industrie.

Comme nous le constatons, la qualité des services de santé reste une préoccupation de tous les acteurs et les efforts sont réalisés dans tous les domaines, clinique, organisationnel et recherche. La place des usagers dans le processus de la démarche qualité est de plus en plus reconnue et la qualité est devenue un enjeu social (Setbon, 2000).

Plusieurs approches et conceptions de la qualité existent dans la littérature, certaines sont génériques, d'autres spécifiques à un contexte ou à un service donné (Haddad et al., 1997). Elles permettent d'aboutir aux multiples définitions de la qualité et de déterminer ses différentes dimensions (Campbell et al., 2000b). Les auteurs s'accordent sur le fait que la qualité est un concept polysémique et multidimensionnel (Campbell et al., 2000b) et qu'il est ainsi difficile à définir et à mesurer (Cronin & Taylor, 1992).

En outre, certains auteurs admettent que la conception et la perception de la qualité d'un service dépendent de plusieurs facteurs, soit relatifs aux acteurs (Roberge et al., 1998), soit relatifs au contexte organisationnel et social (Haddad et al., 1997). C'est pour cette raison que l'on pense que la conception de la qualité basée sur la seule vision des professionnels ou sur celle des experts est limitée, toutes fois elle continue à être privilégié (Pomey et al., 2013).

L'importance de la prise en compte de l'ensemble des dimensions de la qualité est fréquemment soulignée (Donabedian, 2003; Institute of Medicine, 1990) afin d'identifier celles qui méritent d'être renforcées. Or, dans les cas où l'appréciation de la qualité porte sur plusieurs dimensions, certains auteurs constatent qu'elles sont souvent « amalgamées » (Doran et al., 2002).

Pour mieux définir la qualité et développer ses indicateurs, il est recommandé de tenir compte des perspectives de tous les acteurs impliqués dans la production des services de santé (Campbell et al., 2002) et prendre en compte le contexte organisationnel et culturel dans lequel

les services sont dispensés. Cependant, Attree (2001) souligne que le manque de clarté et de validité conceptuelle et l'absence de critères d'évaluation bien définis compliquent sa mesure. Dans le but de clarifier le concept de la qualité et rendre ses dimensions plus opérationnelles, plusieurs auteurs ont développé différents modèles conceptuels. La comparaison de ces modèles montre que leurs auteurs se basent parfois sur les approches différentes de la qualité, d'où les diversités constatées entre ces modèles. D'après la recherche bibliographique réalisée, aucun cadre conceptuel propre aux services d'aide à domicile n'a été identifié.

De plus, les problèmes méthodologiques liés à la définition et à l'appréciation de la qualité persistent (Calnan, 1988; Roberge et al., 1998), notamment la confusion des concepts souvent utilisés comme la satisfaction ou la perception (Sofaer & Firminger, 2005; Williams, 1994), le manque de validité de contenu des outils de mesure et leur utilisation inappropriée, soit dans des contextes organisationnels différents de ceux pour lesquels ils ont été développés, soit sur un « large champ de service » qui peut parfois comprendre plusieurs activités dont les exigences en matière de qualité ne sont pas les mêmes (Roberge et al., 1998). La poursuite de recherches dans ce domaine est recommandée par plusieurs chercheurs (Sofaer & Firminger, 2005). La compréhension et la prise en compte des perspectives de l'ensemble des acteurs concernés par un service font partie des préalables pour mieux définir sa qualité et pour développer des outils de mesure valides.

3.6 Justification des objectifs de la thèse et définition des questions de recherche

Au regard de l'état des connaissances actuelles présentées dans ce chapitre *État des connaissances*, il ressort que peu d'éléments existent pour répondre de manière spécifique et concrète aux questions relatives au manque de qualité de l'aide à domicile pour les personnes âgées. Dans le premier et le deuxième chapitre où ces questions sont précisées, plusieurs causes sont évoquées, notamment l'absence de définition claire de la qualité de l'aide à domicile pour personnes âgées dépendantes et le recours aux approches inappropriées des processus d'amélioration et de mesure de la qualité. Il est souligné que cette problématique de la qualité d'aide constitue un défi majeur pour assurer le maintien à domicile des personnes âgées en France. Il est également précisé que la « notion de la qualité » est souvent mobilisée par les politiques publiques comme un facteur de régulation de l'offre des services de l'aide aux

personnes âgées. Toutefois, il est à noter que ces politiques vont parfois à l'encontre de l'amélioration du service rendu aux personnes aidées. Dès lors, il devient pertinent de poser la question sur ce qu'est effectivement la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées dépendantes et comment les acteurs de terrain la perçoivent afin de mieux la définir et l'apprécier.

Bien que la revue de la littérature recense beaucoup de travaux sur la qualité, notamment sur la qualité des soins, il n'existe pas de consensus sur sa définition. Le manque de clarté conceptuelle et les difficultés méthodologiques pour l'appréciation de la qualité des soins sont fréquemment soulignés. Ces difficultés restent d'autant plus importantes en ce qui concerne la qualité des services d'aide à domicile pour personnes âgées que les recherches spécifiques sur ce sujet sont rares, contrairement à celles concernant les soins et les services de santé en institution. En effet, nous avons constaté que les dimensions et les attributs de la qualité des services d'aide sont peu documentés. Par conséquent, l'approche spécifique étant inexistante, seule l'approche générique et implicite est couramment mobilisée pour définir la qualité de l'aide ; l'ampleur du problème de manque de qualité de ces services reste indéterminée.

De nombreux auteurs considèrent que l'approche générique de la qualité est imprécise et peu opérationnelle, elle peut être éloignée du sens que les acteurs attribuent à leurs actions. Ces auteurs estiment que la qualité est un construit social, un concept complexe et multidimensionnel, nécessitant la prise en compte des points de vue des différents acteurs impliqués et l'utilisation des approches méthodologiques appropriées permettant de saisir cette complexité. En outre, il est admis que la conception de la qualité est fonction de la nature du service et de son contexte. En effet, ce sont sur ces approches considérant que la qualité est un construit qui trouve ses expressions dans le sens attribué par les acteurs à leurs actions, que sont fondées les présuppositions théoriques de cette thèse.

Ainsi, à partir de ces perspectives théoriques et des réalités empiriques exposées ci-dessus, les deux objectifs de la thèse, à savoir : la compréhension de la conception de la qualité de l'aide à domicile et l'identification des facteurs facilitant ou limitant la réalisation de la qualité, sont étudiés en fonction des perceptives des acteurs impliqués. D'après les recommandations de plusieurs auteurs, la compréhension des perspectives des acteurs est un préalable indispensable pour mieux définir la qualité du service et pour développer les critères

de son évaluation. De tout cela s'ensuivent des questions spécifiques de recherche concernant la qualité de l'aide aux personnes âgées. Nous en retenons trois principales auxquelles cette thèse tente d'apporter des éléments de réponse :

- Quels sont les attributs de la qualité de services d'aide mis en avant par les différents acteurs directement concernés, quelles en sont les dimensions les plus valorisées par les acteurs ?
- Existe-t-il une différence de conception de la qualité d'aide en fonction des points de vue des acteurs ?
- Quels sont les facteurs facilitant ou limitant la réalisation d'un service de qualité selon les points de vue des acteurs ?

En répondant à ces questions, cette recherche a pour objet de contribuer au développement de connaissances spécifiques sur la qualité de l'aide à domicile et fondées sur les perspectives des acteurs impliqués directement dans le processus de l'aide, à savoir les personnes âgées, les intervenants professionnels et les gestionnaires des structures prestataires. Afin de permettre la compréhension de la conception de la qualité de l'aide et d'identifier les facteurs qui favorisent ou limitent la réalisation d'un service de qualité tels que les perçoivent ces acteurs, l'étude est réalisée en privilégiant la méthodologie qualitative qui autorise les participants à s'exprimer librement sur leurs expériences, leurs préférences et leurs perceptions de la qualité d'un service d'aide à domicile, sans leur imposer une préconception particulière de la qualité. Elle doit donc favoriser l'émergence d'une conception de la qualité prenant en compte les points de vue des trois groupes d'acteurs cités ci-haut.

Chapitre 4 : MÉTHODOLOGIE

Cette thèse repose sur une approche qualitative de type étude de cas multiples, le recueil des données a été réalisé par entretien semi-directif auprès des acteurs des deux cas concernés par l'étude. Compte tenu de la problématique de l'étude et des questions de recherche, cette approche est considérée comme la plus adaptée. Ce chapitre vise à montrer la pertinence des différentes considérations prises en compte lors du choix de la démarche méthodologique par rapport à l'objet et aux buts de l'étude. Nous présentons les présupposés épistémologiques et la stratégie de recherche retenue ; nous décrivons la sélection des cas à l'étude et l'échantillonnage de la population, les méthodes et les processus de collecte et d'analyse des données et les différents critères de rigueur scientifique permettant de garantir la fiabilité et la validité des résultats obtenus (Gagnon, 2009). Nous présentons enfin les exigences éthiques et règlementaires.

4.1 Approche épistémologique et stratégie de recherche

4.1.1 Approche épistémologique

Le choix méthodologique de ce travail repose sur plusieurs éléments liés à la fois à la problématique et à l'objectif de l'étude, mais également aux connaissances théoriques qui la sous-tendent (Pinard et al., 2004). Il est de surcroît lié à l'approche épistémologique (*philosophical belief*) à laquelle nous souscrivons pour saisir l'objet de cette étude (Patton, 1999). Dans le cadre de cette recherche, notre démarche s'inscrit dans l'approche constructiviste considérant que la réalité doit se comprendre de façon globale et contextuelle (Mucchielli & Colin, 1996). Elle suppose également que le comportement des personnes et leurs interactions se comprennent en tenant compte de l'influence du milieu où ils se trouvent (Gagnon, 2012). Comme le précisent Mukamurera et al. (2016), la conception constructiviste considère la réalité comme « une construction humaine, reconnaissant la subjectivité comme étant au cœur de la vie sociale et conçoit son objet pour ce qui est de l'action-signification des acteurs ».

Étant donné qu'un service d'aide à domicile se déroule dans un contexte particulier avec de multiples composants (organisationnel, historique, social, économique et sanitaire), l'importance mise sur l'intersubjectivité dans l'approche constructiviste devrait permettre de

tenir compte de l'influence de ce contexte sur la qualité du service d'aide et de comprendre les attributs de ses différentes dimensions. De plus, cette approche aiderait également à considérer la qualité non seulement comme un produit des normes structurelles et techniques, mais également comme le résultat d'une action humaine et collective. Cela nécessiterait la compréhension en profondeur du construit de la qualité à travers les points de vue des acteurs.

Enfin, nous considérons que l'appréciation de la qualité de l'aide ne peut pas être réalisée en dehors du contexte dans lequel se déroulent ces prestations ou être uniquement considérée comme une réalité objective que l'on peut observer. Elle peut également être saisie à travers le biais de la signification que les acteurs lui attribuent.

4.1.2 Stratégie de recherche

Compte tenu de l'objet de l'étude, de son contexte et de ses objectifs, nous avons fait le choix d'une méthodologie qualitative de type *étude de cas multiples* pour plusieurs raisons :

- Elle permet « d'expliquer des phénomènes complexes, d'examiner l'ensemble des relations qui font intervenir plusieurs variables dépendantes et plusieurs variables indépendantes dans un modèle de relations interdépendantes » (Contandriopoulos et al., 2005; Yin, 1989).
- Elle s'inscrit dans un paradigme compréhensif, dit aussi interprétatif ou holistique (Mukamurera et al., 2006) permettant de décrire, d'explorer, de comprendre les caractéristiques du service d'aide de qualité dans le contexte du domicile (Polit & Beckn, 2011) et de saisir ainsi sa réalité (Miles & Huberman, 2003) à travers la compréhension des significations que les acteurs donnent à leurs propres expériences.
- C'est l'une des stratégies de recherche souvent mise à contribution dans des études de phénomènes sociaux et humains pour saisir la réalité du cas étudié (Rolf, 2003). De ce fait, elle est de plus en plus utilisée dans la recherche en santé publique.

Thomas (2011) estime que l'étude de cas est l'une des études la plus appropriée pour décrire, expliquer et comprendre un processus inhérent aux divers phénomènes individuels ou collectifs, ce qui est le cas pour une prestation d'aide à domicile. L'étude de cas comme type de devis a déjà montré sa pertinence pour ce qui concerne ses « fondements, ses « *designs* » et ses procédures systématiques » (Mukamurera et al., 2006).

Ainsi, nous considérons qu'elle répond mieux à notre préoccupation d'étudier et de comprendre ce qu'est la qualité d'un service d'aide selon les perspectives des différents acteurs impliqués.

4.1.3 Étude de cas et objet de recherche

Afin de saisir toutes les dimensions de la qualité, il est nécessaire de comprendre la perception des différents acteurs qui se construit et se façonne selon leurs propres attentes, leurs expériences vécues et les contextes correspondants. D'où la nécessité de mener une étude empirique et exploratoire, en utilisant une stratégie de recherche permettant de comprendre un phénomène dans son contexte spécifique (Bradley et al., 2007; Patton, 1999) et en privilégiant l'expérience des acteurs.

Dans ce cadre, Mucchielli (1988) considère qu'une étude de cas est capable d'explicitier au mieux le vécu des acteurs. Anadón (2006) explique aussi qu'une étude de cas est à la fois « particulariste, descriptive, heuristique et inductive », de ce fait « elle s'intéresse au cas particulier, elle fait une description minutieusement détaillée et permet une compréhension approfondie du cas étudié, elle part de l'observation de terrain et, par raisonnement inductif, le chercheur peut ainsi élaborer des liens entre des propriétés du cas, des catégories et des hypothèses interprétatives » (Anadón, 2006). C'est par ces spécificités de l'étude de cas, que l'on peut s'attendre à ce qu'elle nous permette de décrire et de comprendre la conception de la qualité d'aide dans le contexte du domicile.

Concernant le caractère inductif, notre stratégie ne peut se valoir seulement d'une démarche inductive pure, la déduction mérite d'être évoquée compte tenu de l'utilisation des connaissances existantes. Comme le souligne Martin (2010), « ... il serait réducteur de croire que la démarche scientifique s'appuie nécessairement sur l'induction ou la déduction, aucune d'entre elles, ne correspond à la réalité des pratiques scientifiques ». En même temps, bien que les connaissances existantes soient prises en compte, la posture inductive est plus justifiée et nécessaire que la posture déductive ; car cette recherche s'inscrit dans un domaine dans lequel l'état des connaissances nécessite encore d'être développé « de manière ouverte » pour permettre l'émergence des nouvelles données probantes par la compréhension des significations des phénomènes étudiés du point de vue des acteurs concernés. L'approche inductive nous invite

donc à saisir « le sens que l'acteur a construit à partir de sa réalité » (Blais & Martineau, 2006) et à être disponible et empiriquement enraciné (Mukamurera et al., 2006) pour mieux comprendre les perspectives des acteurs en ce qui concerne la qualité de l'aide.

Par ailleurs, il est nécessaire de préciser dans quelle perspective cette stratégie d'étude de cas est mobilisée, car, il peut y avoir deux conceptions d'utilisation d'une étude de cas comme le résume Latzko-Toth (2009), soit « une étude de cas illustrative ou probatoire au plan théorique », soit « une étude de cas ouverte ancrée dans la description dense des phénomènes sociaux observés ». La première vise à tester et à corroborer une hypothèse, la seconde à élaborer des propositions théoriques (Latzko-Toth, 2009) à partir « d'une recherche exploratoire ou compréhensive de facteurs difficilement mesurables » (Alexandre, 2013). C'est dans cette dernière conception que ce travail se situe. Ainsi, le terrain de l'étude est utilisé non pas dans le sens de justifier ou de vérifier telle ou telle connaissance ou hypothèse, mais comme un espace à investir pour y découvrir de nouvelles facettes à partir d'une « réalité » empirique.

En outre, Rolf (2003) souligne qu'il peut y avoir plusieurs visions de ce qu'est une « étude de cas », celle de Stake (1998) qui considère que l'étude de cas n'est pas une méthode d'investigation, mais qu'elle constitue l'objet de l'étude et celle de Yin (1994), dans laquelle nous nous inscrivons. Cette vision considère l'étude de cas comme une méthode et une technique d'étude permettant de comprendre comment et pourquoi des phénomènes se produisent dans un contexte donné, surtout lorsque le chercheur n'a pas de contrôle sur ce phénomène étudié ou observé (Yin, 2009).

Yin (2009) définit une étude de cas comme « une méthode de recherche empirique qui étudie un phénomène contemporain dans son contexte réel, quand les frontières entre le phénomène et le contexte ne sont pas clairement évidentes ». En se référant à la conception de Yin (2003), Latzko-Toth (2009) distingue cinq éléments constituant une étude de cas en tant que méthode et technique de recherche empirique :

- 1) elle traite un phénomène contemporain dans son contexte,
- 2) elle est caractérisée par le fait que les frontières entre le phénomène et son contexte ne sont pas claires,
- 3) elle comporte une abondance de variables pertinentes,

- 4) elle s'appuie sur de multiples éléments de preuve, qui doivent converger (triangulation),
- 5) elle est orientée par un cadre théorique existant.

Concernant ce dernier point, certains auteurs en sciences sociales, surtout les défenseurs de la théorie ancrée ou de la phénoménologie, reprochent aux chercheurs ayant eu recours au cadre conceptuel ou théorique dans une recherche qualitative de s'enfermer dans une vision préétablie. En revanche ceux qui souscrivent à la thèse de Becker (2005) admettent que la stratégie ouverte d'une étude de cas permet d'éviter le filtrage des résultats inattendus ou divergents au cadre conceptuel et à la théorie utilisée (Latzko-Toth, 2009).

Pour ce qui concerne notre étude, les concepts constituant les cadres conceptuels de la qualité existants dans la littérature ont été utilisés comme des concepts sensibilisants (*sensitizing concepts*) et non comme des concepts dits définitifs (Blumer, 1954). Cela nous a permis de dépasser une éventuelle vision préétablie par ces cadres conceptuels et d'être attentif à l'émergence des nouveaux éléments issus des données empiriques. C'est dans cette perspective que les dimensions et les attributs de la qualité issus de la littérature ont été utilisés pour élaboration et l'organisation des guides d'entretiens, ainsi que lors de la collecte des données et du processus d'analyse. En outre, le respect des critères de rigueur scientifiques, définis dans le domaine de la recherche qualitative, a permis de garantir la validité et la fiabilité de cette étude.

4.2 Échantillonnage

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la question de l'échantillonnage scientifiquement valide pour une recherche qualitative (Miles & Huberman, 2003; Pires, 1997; Savoie-Zajc, 2007). Ces auteurs définissent plusieurs conditions qui sous-tendent le processus d'échantillonnage. C'est en considérant ces différents critères que l'échantillon de notre étude a été constitué.

D'après Savoie-Zajc (2007), un échantillonnage scientifiquement valide est « intentionnel, pertinent par rapport à l'objet et aux questions de la recherche, balisé théoriquement et conceptuellement, accessible et répond aux balises éthiques qui encadrent la recherche ». Par sa pertinence, l'échantillon valide permet au chercheur de recueillir des données riches et globales d'un phénomène à l'étude. En recherche qualitative, la taille d'un

échantillon n'est pas déterminée à l'avance, elle est dépendante des critères de validité considérés, notamment la diversification et la saturation (Pires, 1997). Étant donné que notre étude a respecté ces deux critères, la taille de l'échantillon en dépend.

La diversification qui serait l'équivalent de la représentativité statistique en recherche quantitative consiste à s'assurer que l'univers de travail permet bien de saisir une vision d'ensemble d'un phénomène. Cela nécessite donc un échantillon composé de plus de variétés possibles de situations relatives au phénomène étudié. On distingue deux formes de diversification : la diversification externe (intergroupe) ou le contraste et la diversification interne (intragroupe) (Pires, 1997). C'est pourquoi deux contextes contrastés du point de vue géographique et sociodémographique ont été choisis pour la première, et nous avons sélectionné les personnes âgées et les professionnels aux profils différents pour la seconde.

Quant à la saturation, Pires (1997) distingue deux types de saturation, théorique et empirique. Il explique que « la saturation théorique s'applique à un concept et signifie que celui-ci émerge des données. Il est confronté par la suite à différents contextes empiriques, le but du chercheur étant de développer les propriétés du concept, de s'assurer de sa pertinence théorique et de son caractère heuristique ». La saturation empirique, retenue dans cette étude comme critère de validité de l'échantillon, est atteinte quand les données, entrevues, observations ou autres n'apportent plus d'informations suffisamment nouvelles ou différentes par rapport à celles déjà recueillies, justifiant ainsi l'arrêt de la collecte des données (Bertaux, 1980).

Enfin, Pires (1997) distingue deux types d'échantillonnage, par cas unique et par cas multiples. Il définit les critères pour choisir celui qui permettra de saisir, de découvrir ou de démontrer l'objet de l'étude, il décrit aussi les actions à mener pour arriver à former l'échantillon voulu. Parmi ces actions, différents auteurs conseillent particulièrement à délimiter le champ de l'étude et à définir les caractéristiques des cas en fonction du temps et des moyens disponibles (Miles & Huberman, 2003; Pires, 1997). En considérant ces différents critères théoriques et pratiques, le processus d'échantillonnage a été réalisé au sein de deux cas. Le processus de sélection des participants a été guidé par les mêmes considérations dans les deux cas.

4.2.1 Description du terrain de recherche et présentation des cas

Les deux cas sélectionnés correspondent aux structures prestataires de services d'aide à domicile dites « Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD) », la grande partie de leurs services est dispensée aux personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles et vivant à domicile. Ce type de services créé en 2004, les SPASAD, avaient pour mission d'améliorer la qualité des services du soutien à domicile réalisés auparavant par les services d'aide à domicile et des services de soins infirmiers à domicile dont l'organisation et le fonctionnement étaient séparés.

Leur objectif devrait être atteint grâce à une équipe pluridisciplinaire qui élabore un projet individualisé d'aide, d'accompagnement et de soins, sur la base d'une évaluation globale des besoins de la personne. Théoriquement, ce type de structures nous paraît approprié par rapport à l'objet de notre étude, son mode organisationnel permet de dispenser l'ensemble de services des autres types de structures prestataires. Les missions et les moyens des SPASAD sont conçus pour dispenser de l'aide à domicile pour personnes âgées dépendantes, quel que soit le degré de la dépendance. Ainsi, ce terrain permettait d'avoir accès à la fois, aux différents types de services dispensés à domicile pour aider les personnes âgées dépendantes à accomplir les activités de la vie quotidienne et à l'ensemble des acteurs professionnels qui participent à la dispensation de ces services. Ces professionnels peuvent relever du secteur médico-social ou du secteur sanitaire.

Les deux cas que nous nommons Structure A et Structure B se trouvent dans deux arrondissements de Paris et assez distants. Ils répondent aux deux critères importants : d'une part celui de la faisabilité pratique (l'accessibilité du service par le chercheur et l'acceptabilité de la part des dirigeants à recevoir le chercheur) et d'autre part celui de la satisfaction aux critères de la diversification externe ou intergroupe (Pires, 1997).

Les critères de diversification externe sont liés à la fois à leur localisation géographique, l'une se trouvant à l'Ouest et l'autre à l'Est de la ville parisienne et aux caractéristiques sociodémographiques des habitants desservis par ces deux structures. L'une des structures est située dans un arrondissement dont la population a un niveau socio-économique très élevé, avec, selon les chiffres de l'Insee (2011), un nombre plus élevé de personnes âgées de plus de 65 ans.

Cet arrondissement dispose également de plus d'organismes privés de services à la personne, prestataires des services d'aide à domicile.

a. Présentation de la structure A

Créée depuis plus de 30 ans, l'association qui gère la structure A est issue d'une fusion de deux associations qui au départ travaillaient sur deux arrondissements différents de Paris, ce qui fait qu'actuellement ce service intervient sur deux arrondissements se trouvant dans la même aire géographique et ayant les mêmes caractéristiques socio-économiques. Il dispose d'un service d'aide à domicile, avec le volet mandataire et prestataire, et d'un service de soins infirmiers à domicile. Ils partagent tous les deux les mêmes bureaux.

Le service prestataire a 401 bénéficiaires et le service mandataire 170 personnes aidées avec 130 intervenants. Celui des soins infirmiers à domicile compte 307 places. Certaines personnes (67 au moment de notre étude) sont prises en charge à la fois par le service d'aide et le service de soins.

Le service mandataire n'a pas été concerné par l'étude, comme cela a été expliqué dans le premier chapitre, le fonctionnement de ce service ne s'inscrit pas dans le mode prestataire de services. De plus, la structure B n'avait pas le service mandataire.

Le service d'aide à domicile « prestataire » compte 2 secteurs géographiques. Son équipe d'encadrement est composée d'une responsable coordinatrice et de 4 coordinateurs de secteurs. Ils planifient et gèrent les prestations de leurs équipes. L'équipe d'intervenants est composée de 100 salariés, agents à domicile, employés à domicile et auxiliaires de vie sociale. Chaque intervenant a en charge de 6 personnes par jour en moyenne.

Le service de soins compte 5 secteurs, avec un responsable du service et 5 infirmiers coordinateurs. La grande majorité des aides-soignants travaillent à mi-temps. Chaque secteur dispose d'environ 15 aides-soignants avec un roulement de 2 mois avec une prise charge moyenne de 6 personnes par jour.

b. Présentation de la structure B

Il s'agit d'un service polyvalent géré également par une association, il a été créé dans les années 60 et reconnu comme un SPASAD depuis 2007 (Tableau VII). Cette structure assure les services d'aide et de soins à domicile. Il est composé d'un service prestataire d'aide et d'un

service de soins infirmiers. Il a la capacité de 260 places pour le service de soins. Au moment de notre étude, ce service compte 215 bénéficiaires. Le service d'aide concerne environ 366 bénéficiaires. Les deux services ont en commun 150 personnes. Jusqu'à fin 2011, les deux services n'étaient pas dans les mêmes locaux. Le secteur géographique d'intervention est divisé en 2 secteurs pour le service d'aide et en 3 secteurs pour le service de soins.

Pour le service d'aide, l'équipe d'encadrement est composée d'une coordinatrice chargée du bon fonctionnement du service et de quatre responsables de secteurs. Chaque responsable de secteur organise les plannings d'environ 50 intervenants et met en place les interventions, il se rend au domicile au début de la prise en charge pour évaluer la situation et faire signer le contrat au bénéficiaire en fonction du plan d'aide établi par les équipes de l'APA.

Le responsable de secteur organise et assure le bon déroulement de l'intervention. Une fois par an, il fait la réévaluation des besoins de la personne bénéficiant d'une aide financière de leur mutuelle. Pour les bénéficiaires de l'APA, cette réévaluation n'est faite que lorsqu'il y a constatation d'une dégradation. Le responsable de secteur règle les difficultés quotidiennes des bénéficiaires et des intervenants en collaboration avec la coordinatrice. Chaque mois, il rencontre les intervenants qui récupèrent le planning du mois et déposent la fiche qu'ils ont fait signer par les bénéficiaires pour preuve des heures effectuées chez le client.

Cette structure a aussi trois catégories d'intervenants à domicile pour le service d'aide : les agents à domicile, les employés à domicile et les auxiliaires de vie sociale. Ils sont environ 150 personnes dont certaines sont à temps partiel. Chaque intervenant s'occupe de 6 personnes en moyenne par jour.

Le service de soins comprend deux coordinatrices de secteurs, 9 infirmières, dont la plupart sont à mi-temps et 32 aides-soignantes. Chaque aide-soignante s'occupe de 7 personnes en moyenne par jour. La structure compte aussi sur l'équipe de soutien composée par un psychologue à mi-temps, un animateur social à mi-temps, un ergothérapeute à temps plein et des bénévoles.

Les intervenants de deux structures (A et B) apportent l'aide aux bénéficiaires pour la réalisation de l'une ou de plusieurs activités de la vie quotidienne : préparation des repas, prises des repas, faire la toilette, s'habiller, faire les courses et entretenir le logement, ils peuvent aussi

accompagner les personnes dépendantes en promenade, l'aider à gérer des médicaments et à faire des démarches administratives.

Tableau VII : Caractéristiques des deux structures

Caractéristiques	Structure A	Structure B
Création		
Année de création	1984	1960
Depuis quand la structure a un statut de SPASAD	2007	2007
Statut (associatif, public, privé à but lucratif ...)	Associatif	Privé à but non lucratif
Nombre total des bénéficiaires de > de 65 ans		
Pour le SAD : Prestataire :	401	366
Mandataire :	170	0
Pour le SSIAD : Nombre total des personnes :	307	215
Prise en charge commune avec le SAD	61	150
Le nombre d'intervenants (équipe multi-disciplinaire) Équivalent temps plein :		
Agents à domicile	20	38
Employés à domicile	6	4
Auxiliaires de Vie Sociale	14	16
Aides-Soignantes	14	14
IDE	9	2
Ergothérapeutes	2	0
Psychologues	1	1

4.2.2 Population de l'étude

a. Population cible

Nous désignons par population cible celle à laquelle des résultats peuvent être généralisés. Dans la recherche qualitative, la généralisation peut être faite au niveau empirique et au niveau théorique. Ainsi, la généralisation peut être faite, soit à la population de l'univers de travail correspondant au cas étudié, c'est-à-dire à la généralisation empirique, soit à d'autres cas similaires de l'univers général auquel la théorie peut s'appliquer (Pires, 1997).

La nature des résultats obtenus, la description approfondie et détaillée des cas et de la population cible devraient permettre aux utilisateurs de nos résultats d'avoir des informations nécessaires pour en faire un usage approprié.

Trois groupes de population, acteurs du service d'aide à domicile, sont concernés :

- Le premier est composé de **personnes âgées** de 65 ans et plus, ayant des incapacités fonctionnelles et bénéficiant des services d'aide à domicile dispensés par un SPASAD.
- Le deuxième est constitué de professionnels soignants, dits **intervenants** (appellation retenue pour désigner ce groupe), appartenant aux différentes catégories professionnelles du secteur social ou sanitaire. Ils interviennent au domicile pour la dispensation de l'aide auprès des personnes âgées dépendantes.
- Le troisième groupe des **gestionnaires** est composé des administratifs et des membres de l'équipe d'encadrement d'un SPASAD chargés de planifier et de gérer les activités des intervenants.

Il est important de souligner que nous considérons les aidants naturels (famille ou autres aidants non professionnels) comme des acteurs essentiels pour le soutien à domicile, cependant, nous n'avons pu les interviewer par manque de moyens et de faisabilité.

b. Sélection des participants

Un échantillon non probabiliste par choix raisonné (Pires, 1997; Savoie-Zajc, 2000) correspondant à chaque groupe d'acteurs a été constitué dans chacun des cas.

Un échantillon de départ, composé de 15 personnes âgées bénéficiaires des services d'aide au moment de l'étude, a été constitué au début de l'étude et complété au fur et à mesure jusqu'à la saturation. Les caractéristiques socio-démographiques, l'état de santé et le niveau de dépendance des personnes âgées ont été pris en compte afin d'assurer la diversification interne du groupe des personnes âgées participant à l'étude. Le recueil de ces données a été réalisé à l'aide de l'outil *InterRAI - Filtrage orientation*. La capacité de répondre à l'interview fait partie des critères pris en compte lors de la sélection des participants. Nous reconnaissons bien sûr que cela peut constituer la restriction de la diversification. Ce choix est lié à la fois aux considérations éthiques et à la faisabilité des entretiens.

L'échantillon des intervenants a été constitué à partir de celui des personnes âgées ; ce sont les professionnels qui intervenaient au domicile des personnes âgées au moment de l'étude qui ont été sélectionnés pour participer à l'étude. Cela nous a permis d'inscrire l'aide dans une situation concrète et partagée par les acteurs interrogés. Quant aux gestionnaires, étant donné

leur nombre limité, nous avons inclus tous ceux qui étaient disponibles et ayant accepté de participer à l'étude.

Le processus de recrutement des participants, de recueil des données et d'analyse a été réalisé en même temps, de manière itérative et continue, en veillant au respect des critères de diversification intragroupe et de saturation des données. Ce processus a abouti à l'échantillon total de l'étude composé de 95 personnes.

C. Critères d'inclusion et de non-inclusion

Critères d'inclusion des personnes âgées :

- Personne âgée de 65 ans et plus
- Homme ou Femme
- Vivre à domicile
- Prise en charge depuis 1 mois minimum par le SPASAD. Cette période a été fixée pour augmenter la chance d'inclure les personnes âgées qui sont plus ou moins stables sur le plan de leurs conditions de santé ou de vie en général, car souvent la demande d'aide est consécutive à une hospitalisation ou à un événement brutal comme le décès d'un conjoint. Par ailleurs, d'après les responsables des services, le premier mois est considéré comme le mois d'essai ou de mise en place des services. Cette instabilité qui caractérise cette période nous a incité à éviter les personnes concernées.
- Accord de la personne pour participer à l'étude

Critères de non-inclusion :

- Refus de la personne âgée de participer
- État de santé ne permettant pas de réaliser l'entretien

Critères d'inclusion des intervenants professionnels :

- Intervenir auprès d'une des personnes incluses dans l'étude
- Appartenir au service prestataire ou mandataire du SPASAD
- Accepter de participer à l'étude

Critères de non-inclusion :

- Refus du professionnel de participer à l'étude
- Intervenir sous statut de gré à gré

Critères d'inclusion des gestionnaires :

- Être à la direction du SPASAD
- Être à l'équipe d'encadrement et de coordination des intervenants
- Accepter de participer à l'étude

Critères de non-inclusion :

- Refus de participer à l'étude

d. Procédure de recrutement des participants

Les contacts préalables avec les participants ont eu lieu avant le recrutement, pour les informer de l'existence de notre étude, son cadre et son objectif.

Nous avons commencé par les directeurs des deux SPASAD et par les coordinateurs de secteurs. Nous avons ensuite participé aux réunions de secteurs pour rencontrer des soignants. Ces contacts avec des soignants avaient un double objectif :

- Expliquer aux soignants le but de notre travail et leur demander de participer
- Les solliciter pour être nos intermédiaires auprès des personnes âgées

La direction de chaque service a envoyé une lettre d'information aux personnes âgées sélectionnées pour leur expliquer l'existence de l'étude et de ses buts et pour leur demander l'autorisation de nous transmettre leurs coordonnées. Certaines personnes qui avaient besoin d'être rassurées par une personne qu'elles connaissaient bien, soit elles ont pris contact avec l'équipe de coordination, soit elles ont demandé aux intervenants le but de l'étude.

En l'absence d'opposition de la personne pour que ses coordonnées nous soient transmises, nous avons pris contact avec elle par téléphone pour fixer un rendez-vous à sa convenance. Sur l'ensemble des personnes contactées, seules quatre n'ont pas souhaité de participer à l'étude.

Dès que la personne âgée a donné son accord, nous avons contacté les intervenants correspondants (aides à domicile, auxiliaires de vie sociale, aide-soignante et infirmières) pour leur demander leur participation.

4.3 Collecte des données et outils utilisés

4.3.1 Collecte des données

Les données qualitatives et quantitatives ont été collectées.

Les données qualitatives ont été recueillies par les entretiens semi-directifs réalisés auprès de chaque participant à l'aide d'un guide d'entretien. Celui-ci a été construit dans le but de recueillir une information de bonne qualité en rapport avec l'objet de l'étude (Imbert, 2010) et de permettre au répondant d'avoir la flexibilité et la liberté dans le partage de son expérience. De ce fait, certains de nos entretiens ont duré 45 minutes alors que pour d'autres il a fallu 1h30 pour que le répondant puisse s'exprimer sur le sujet.

Les entretiens ont eu lieu au domicile des personnes âgées selon des horaires qui leur convenaient, dans la plupart des cas, l'absence de toute personne pouvant influencer leurs réponses a permis une expression libre selon leurs ressentis et leurs besoins. Les entretiens des professionnels ont eu lieu au sein de la structure. Nous disposions d'un bureau pour assurer la confidentialité. Les horaires et la charge du travail des professionnels n'ont pas facilité l'organisation des entretiens, mais grâce à la collaboration de la direction de chaque SPASAD, le temps d'entretien a été pris en compte sur leur temps de travail rémunéré. Cela a favorisé l'acceptabilité de la participation de certains professionnels.

Les entretiens ont été enregistrés sur un support électronique après consentement éclairé des participants. Aucun participant n'a refusé d'être enregistré. Des notes manuscrites étaient prises lors de l'entretien pour compenser d'éventuels incidents d'enregistrement. Nous-mêmes avons réalisé la collecte de données et la transcription des verbatim. Cela a facilité notre compréhension des données lors de l'analyse.

Les données quantitatives ont été recueillies portent sur plusieurs dimensions notamment l'état de santé de la personne âgée, sa performance de l'activité de la vie quotidienne et ses facultés cognitives. Ces données ont permis la description détaillée des personnes interrogées.

4.3.2 Qualité des outils utilisés

Les guides d'entretiens ont été élaborés en tenant compte des différentes dimensions de la qualité souvent décrites dans la littérature (Donabedian, 1966, 1980, 1988; Duffy & Hoskins,

2003). Les thématiques qui y sont abordées nous ont permis de structurer nos échanges avec les répondants sans être dans une démarche confirmatoire (Miles & Huberman, 2003). Les guides d'entretiens ont été testés dans une autre structure équivalente de celles retenues pour l'étude, auprès des personnes qui correspondent à celles ciblées par notre étude pour chaque groupe d'acteurs. En fonction des résultats des tests, ces guides ont été réajustés avant leur utilisation.

L'outil filtrage/orientation utilisé pour décrire notre échantillon fait partie d'une batterie plus large des outils de la démarche InterRAI (Research Assessment Instrument) proposée par le réseau international *InterRAI* composés de chercheurs et de cliniciens. Depuis les années 1990, ce réseau a développé des instruments d'évaluation multidimensionnels et standardisés des besoins des personnes nécessitant des soins de longues durées. À ce jour, il existe une série d'outils InterRAI pour différents contextes de soins : le domicile, l'hospitalisation de court séjour, les soins de longue durée, les soins palliatifs (Hirdes et al., 2008; Ikegami et al., 2002; InterRAI, 2011; Morris et al., 1990). Les propriétés métrologiques de ces outils ont été démontrées (Morris et al., 1994). Les tests réalisés pour étudier leur transférabilité dans d'autres contextes géographiques, après traduction, montrent que leur fiabilité reste aussi élevée par rapport aux instruments « originaux » (Hawes et al., 1995; Sgadari et al., 1997).

Les données recueillies par ces outils permettent de faire une évaluation globale concernant les capacités et incapacités physiques, l'état mental et sensoriel de la personne, la présence de pathologies et de problèmes de santé, l'état nutritionnel, l'état de la peau, les traitements et procédures reçus, les ressources disponibles, l'environnement social et physique, etc. Le module de filtrage/orientation que nous avons utilisé permet de procéder à l'orientation la plus adaptée dans le système d'aide et de soins en fonction des besoins de la personne (Noro et al., 2011). Concernant notre étude, cet outil a été utilisé dans le seul but d'évaluer l'état de santé des personnes interrogées et leurs besoins d'aide, afin d'assurer la diversification interne de l'échantillon de chaque structure et d'inclure les personnes âgées comparables dans les deux structures.

4.4 Analyse des données

Paillé (2010) indique que « dans nombre de travaux faisant appel à des méthodes qualitatives, l'analyse des données est le parent pauvre de la recherche ». Il constate que le

manque d'information, précise et détaillée sur les méthodes d'analyse qualitative utilisées dans une recherche, constitue l'un des problèmes responsables des limites des travaux de recherche qualitatives (Paillé & Mucchielli, 2010). Cette section répond à ce problème en décrivant la stratégie d'analyse utilisée.

Ainsi, cette section a pour but d'annoncer le type d'analyse réalisé et de décrire les différentes opérations effectuées.

4.4.1 Approche de l'analyse qualitative utilisée

Plusieurs approches d'analyses qualitatives existent, elles sont différentes en fonction de la procédure et des concepts utilisés (Graneheim & Lundman, 2004). Elles permettent de décrire, de comprendre et de donner du sens au matériau issu des phénomènes sociaux et humains étudiés (Mukamurera et al., 2006). Comme l'expliquent les spécialistes dans ce domaine, c'est une démarche « discursive et signifiante de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, d'expériences ou de pratiques (Mukamurera et al., 2006). Il s'agit d'une démarche continue et itérative (Miles & Huberman, 2003).

Étant donné que nous sommes dans une approche compréhensive du sens donné par les acteurs à la qualité du service d'aide à domicile, *l'analyse qualitative de contenu* est celle appropriée pour notre recherche. Selon Van der Maren (2004), l'analyse du contenu d'un corpus s'intéresse à l'information contenue dans un message adressé par chaque acteur lors de son interview.

Comme l'a défini Barelson (1952), pionnier de l'analyse de contenu (Hsieh & Shannon, 2005), elle consiste en « la technique de recherche pour la description objective, systématique et quantitative du contenu des communications, ayant pour but de les interpréter ». Elle nous a permis de prendre du recul par rapport à nos représentations et à nos possibles interprétations spontanées. Nous nous sommes intéressés aux deux types de contenu existants, *contenu latent* et *contenu manifeste* (Remy & Ruquoy, 1990; Van der Maren, 2004).

Parmi les trois stratégies d'analyse de contenu décrites par Paillé et Mucchielli (2010), par écriture, par questionnement et par annotation, nous avons utilisé celle *d'analyse de contenu par annotation*. Selon ses auteurs, elle consiste à « tenter de saisir le sens du texte à analyser

par des annotations, on cherche ainsi à cerner les propos ou les phénomènes en les reportant dans les énoncés, des thèmes ou des catégories ».

Ils expliquent également qu'en fonction du niveau des annotations, de l'objectif et de la posture d'analyste, trois méthodes sont utilisées dans l'analyse de contenu par annotation, à savoir : l'examen phénoménologique des données empiriques, l'analyse thématique et l'analyse à l'aide des catégories conceptualisantes (Paillé & Mucchielli, 2010). Ils ajoutent que l'analyste peut choisir d'utiliser soit l'une de ces méthodes, soit la combinaison des trois. En revanche, il est conseillé de procéder à un examen phénoménologique des données avant de faire l'analyse thématique ou l'analyse conceptualisante. D'après les auteurs « *toute recherche qualitative qui souhaite profiter d'un bon ancrage empirique devrait comprendre un examen phénoménologique initial des données* ». C'est pourquoi pour cette étude nous avons effectivement réalisé un examen phénoménologique du corpus suivi de l'analyse thématique, l'ensemble de ce processus d'analyse est développé ci-après.

4.4.2 Description de la procédure d'analyse qualitative

a. Transcription et organisation des données

La première opération réalisée a consisté à transcrire le matériel de recherche. Elle a été réalisée dans le respect du contenu des entretiens avec la transcription intégrale des verbatim, transcrits et organisés à l'aide du logiciel Transcriber 1.5.1 qui nous a permis de synchroniser le matériel audio aux verbatim. Cela offre la possibilité de faire des relectures des verbatim tout ayant un accès facile et direct aux propos de la personne correspondante.

Ce logiciel permet également d'ajouter un commentaire sur une section donnée afin de décrire une ambiance ayant un sens de contenu latent et d'insérer une interprétation ou un commentaire. Cela nous a permis de nous en souvenir ultérieurement au moment de l'analyse. Il était ainsi possible de revenir facilement au discours lors de l'analyse pour approfondir la façon dont il a été tenu par le locuteur et en saisir le non-dit porteur du sens. Si on se contentait du message écrit, il serait impossible d'en saisir la signification non évidente transmise à travers l'intonation, l'étonnement, l'hésitation ou la hausse de voix du répondant (contenu latent).

Pour respecter la confidentialité, chaque fichier a été anonymisé et protégé par un mot de passe. Nous avons pris soin de réaliser nous-mêmes la transcription afin de s'approprier davantage du corpus à analyser.

Tous ces procédés font partie du processus d'analyse qualitative (Paillé & Mucchielli, 2010), ils nous ont aidé à mieux aborder les autres étapes d'analyse (Miles & Huberman, 2003).

b. L'examen phénoménologique des données

L'examen phénoménologique des données, inspiré de la phénoménologie, consiste à procéder à un examen attentif des données par la lecture et la relecture, l'annotation et la reconstruction (Paillé & Mucchielli, 2010). Paillé et Mucchielli (2010) précisent que cette étape permet un ancrage empirique du chercheur, il ne s'agit pas donc d'entreprendre une analyse phénoménologique telle qu'elle est envisagée par les auteurs de cette méthodologie (Giorgi, 2000; Meyor, 2005).

Paillé et Mucchielli (2010) font remarquer qu'il s'agit de l'attitude que le chercheur doit avoir face aux données qu'il veut analyser, « en retournant vers les témoignages avec la volonté d'être instruit par eux avant de se les approprier. C'est l'écoute initiale attentive des témoignages pour ce qu'ils ont à nous apprendre, avant que nous soyons tentés de les faire parler. Cet examen consiste à donner la parole avant de la prendre soi-même ».

Ils précisent que c'est un « *moment phénoménologique* » supposant notre disponibilité à l'autre, du respect des témoignages reçus et de la disposition de l'esprit sans qu'on soit dans une attitude de questionnement, afin d'accorder de la valeur à l'expérience de nos participants en prenant de la distance avec nos référents interprétatifs initiaux.

Pour nous, cette étape était nécessaire pour éviter que nos référents expérientiels en tant que soignant d'une part, nos référents théoriques liés à notre formation et à notre activité de chercheur d'autre part, influencent notre interprétation des données analysées au détriment des perspectives des acteurs interrogées. Ce sont eux qui détiennent *la clé de leur monde*, quand bien même notre connaissance, informée à la fois par le savoir de chaque acteur, par les données de la littérature et par notre sensibilité expérientielle et théorique, contribue à reconstruire le monde collectif propre à ces acteurs sans pour autant lui prêter une interprétation réductrice de sa réalité.

En fait, nous nous sommes basés sur cette attitude que décrivent Paillé et Mucchielli (2010) pour réaliser les trois opérations préalables à l'analyse thématique à savoir, les lectures et les relectures du corpus des données, la production des énoncés phénoménologiques et enfin la rédaction des récits phénoménologiques dont un extrait est présenté en annexe 3.1

c. Analyse thématique

Afin de réaliser un travail d'analyse rigoureux et systématique, Paillé et Mucchielli (2010) proposent la méthode d'analyse thématique comprenant plusieurs étapes : thématisation, constitution du journal de thématisation, analyse du relevé des thèmes, construction de l'arbre thématique et sa validation.

En adoptant cette méthode, nous avons effectué l'ensemble du processus de réduction des données. Nous avons ainsi procédé systématiquement au repérage des thèmes abordés dans le corpus, au relevé de leurs récurrences, au regroupement et à la documentation de leur importance, afin de répondre aux questions relatives aux objectifs de notre recherche.

i. Thématisation et constitution du journal de thématisation

Au cours de cette opération consistant à attribuer des thèmes aux extraits du corpus, nous avons choisi de procéder à la *thématisation en continue* parce qu'elle nous permettait une analyse fine et riche par rapport à la *thématisation séquentielle* qui risquait de nous faire perdre cette richesse à cause de sa procédure d'uniformisation de l'analyse. Nous avons par ailleurs privilégié le *mode d'inscription en marge* par rapport à celui *d'inscription insérée* ou *sur fiche* (Paillé & Mucchielli, 2010). Nous avons attribué des thèmes de manière ininterrompue au fur et à mesure de la lecture des verbatim.

Les *thèmes à inférence faible ou moyenne* représentant un lien étroit avec les témoignages des participants ont été privilégiés par rapport aux *thèmes à inférence élevée* sans relation directe avec les extraits dont ils sont censés représenter la teneur. Par contre, l'usage d'emblée des rubriques ou des catégories conceptuelles d'analyse aurait pu nous écarter du but de notre analyse thématique en réalisant précocement une analyse interprétative ou théorisante avant même d'avoir une démarche plus descriptive. La *thématisation continue ascendante* (partant des thèmes vers des rubriques) nous a permis d'assurer la validité de notre analyse, car

l'accent a été mis sur la dénomination plutôt que sur la classification. Ainsi, le piège d'être enfermé par nos référents théoriques a été évité.

Les deux outils d'analyse utilisés pour cette étape sont *le relevé de thèmes* et *le journal de thématisation* (Paillé & Mucchielli, 2010). Le relevé de thèmes par colonnes avec extraits de verbatim est le modèle retenu pour notre analyse. La constitution du journal de thématisation a été élaborée au fur et à mesure de l'attribution des thèmes aux extraits du corpus. Elle a été affinée avec l'opération de l'analyse de relevé des thèmes.

L'attribution des thèmes aux différents segments des verbatim a été réalisée à l'aide du logiciel QDA Miner version 4. Les données ont été importées directement à partir de notre archive des transcriptions anonymisées.

Certains courants de la recherche qualitative prônent l'analyse de contenu sans utilisation de logiciel, les dernières avancées dans ce domaine montrent que l'utilisation d'un logiciel ne nuit en rien à la qualité de l'analyse (Dumont, 2008; Roy & Garon, 2013). Le logiciel QDA Miner nous a permis d'organiser et de gérer le matériau, d'annoter les verbatim en thèmes (annexe 3.2), de les classer et de retrouver facilement les citations correspondant à un thème donné. Nous n'avons pas procédé à un repérage automatisé ni au comptage des mots, la recherche du sens était notre préoccupation. En revanche, le paramètre quantitatif, par exemple l'occurrence des thèmes, porteur de sens en soi, nous a servi pour en déterminer l'importance par rapport à l'ensemble du corpus.

ii. L'Analyse de relevé des thèmes

Les thèmes figurant dans le *relevé de thèmes* de chaque unité d'analyse ont fait l'objet d'un examen attentif pour identifier les ensembles des *thématiques saillantes* par la récurrence, la divergence, la convergence et l'importance des thèmes, afin de créer des *axes thématiques* et de procéder au regroupement à l'aide des rubriques.

Nous avons identifié les citations de chaque unité thématique pour comparer les différentes citations à l'ensemble du groupe. Ensuite nous avons réalisé la comparaison de chaque groupe par rapport aux autres afin de déceler les convergences et les divergences de perspectives des acteurs à l'intérieur de chaque cas (analyse intra-cas). Ainsi l'unité d'analyse

correspond aux groupes d'acteurs. Enfin, une analyse comparative entre les deux cas (analyse inter-cas) a été réalisée avec la même approche.

Étant donné l'importance de l'analyse de relevé des thèmes pour la robustesse de l'étude, nous avons abordé cette analyse dans une posture d'ouverture afin de saisir et de prendre en compte toutes les informations, connues ou émergentes, fournies par notre matériau.

iii. Construction de l'arbre thématique

Compte tenu de notre choix d'analyse thématique en continue, l'arbre thématique a été construit au fur et à mesure de l'avancée de l'analyse. L'arbre thématique nous a permis d'avoir une « représentation synthétique et structurée du contenu analysé » (Paillé & Mucchielli, 2010) à partir des résultats obtenus des opérations précédentes. Elle a été réalisée après l'analyse d'un nombre suffisant de verbatim qui permettait de faire des premiers regroupements et subdivisions des axes thématiques en thèmes principaux et de les classer en rubriques.

Cette représentation a été réalisée à partir des regroupements des « ensembles thématiques saillants » ayant été faits en fonction de l'affinité entre les thèmes et de leurs convergences. La hiérarchisation des thèmes a été réalisée en fonction de leur récurrence, de leur niveau et de leur appartenance spécifique aux rubriques.

iv. Vérification et validation de la stratégie et des outils d'analyse

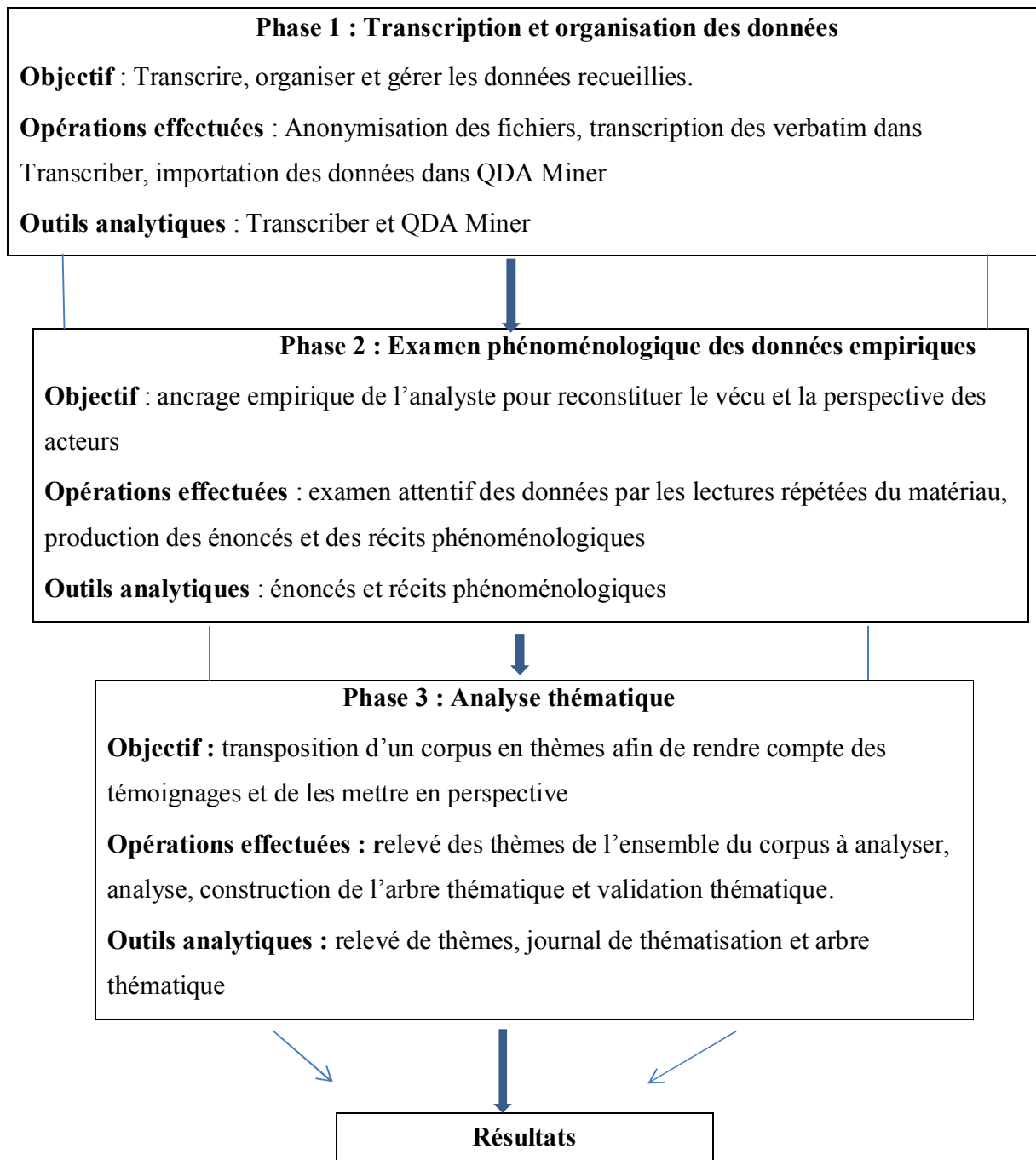
Afin d'assurer la validité de notre stratégie d'analyse thématique, nous avons eu recours à plusieurs procédures de vérification et de validation.

La description de l'ensemble des thèmes attribués aux divers segments du corpus a été analysée pour vérifier leur pertinence et leur cohérence par rapport au contenu des segments qu'ils sont censés représenter. Lorsque c'était nécessaire, ils ont été modifiés, sinon consolidés.

Comme nous l'avons souligné ci-dessus, notre stratégie d'analyse ainsi que les outils utilisés à chaque étape d'analyse (relevé des thèmes, journal de thématisation et arbre thématique) ont été validés auprès de nos directeurs de thèse. Ensuite, nous avons testé la fiabilité de notre thématisation. Un échantillon des verbatim a été thématisé de nouveau (contre codage) à la fois par nos directeurs de recherche et par une chercheuse extérieure du comité. Les

tests de constance interne et de reproductivité (Mukamurera et al., 2006) ont été réalisés afin de vérifier la pertinence de l'attribution des thèmes.

Graphique 1 : Étapes d'analyse qualitative



4.4.3 Analyse descriptive des données quantitatives

L'analyse des données quantitatives, effectuée à l'aide du logiciel SPSS version 21, a été réalisée dans le seul but de décrire le profil des personnes âgées participant à l'étude. Elle nous a permis d'être informés de la situation de chaque personne âgée notamment sur son état de santé, le niveau de ses incapacités, les services dont elle bénéficie ainsi que sur ses caractéristiques sociodémographiques. Les variables quantitatives ont été décrites par leurs paramètres de position centrale (moyenne, médiane), tandis que les variables qualitatives ont été décrites par leur distribution de fréquence (proportion).

4.5 Critères de rigueur scientifique

Pour montrer la pertinence de la recherche qualitative, Tobin et Begley (2004) recommandent aux chercheurs utilisant ces méthodes de bien expliciter leur choix concernant les critères dits de « robustesse ». À cet égard, Gagnon (2002) recommande que les critères fassent l'objet d'une démonstration « évidente et concluante » afin d'avoir une étude scientifiquement valide. C'est pour cette raison que la suite de ce chapitre est consacrée à la définition et à la description des critères de rigueur scientifique choisis pour cette recherche.

Comme l'explique Savoie-Zajc (2007), les choix méthodologiques effectués lors d'une démarche scientifique doivent être cohérents et justifiés par rapport aux fondements épistémologiques auxquels se réfère le chercheur. C'est dans cette perspective que nous inscrivons le choix concernant cette étude.

« Une démarche scientifiquement valide se veut être cohérente, non seulement au plan épistémologique, mais également aux plans théoriques et techniques. Des choix effectués sont justifiés, clairs, ils sont marqués par un esprit ouvert plutôt que partisan. Ils sont guidés non pas par un aveuglement méthodologique, mais par une intention de dégager une compréhension riche et originale de l'objet d'étude ».

Les critères de rigueur scientifique sont définis différemment selon les auteurs (Drapeau, 2004). En recherche qualitative, le développement de ces critères s'est souvent heurté à la difficulté liée aux débats épistémologiques existants concernant l'enjeu de réconciliation entre la rigueur et la subjectivité dans un processus scientifique (Whittemore et al., 2001). Les différences épistémologiques entre les méthodes qualitatives et quantitatives ont entraîné le

développement des terminologies et des critères de rigueur propres à la recherche qualitative ayant évolué au cours du temps pour se démarquer des critères de validité scientifique utilisés en méthodes quantitatives (Anadón, 2006).

Plusieurs stratégies ont été définies pour assurer ces critères lors de la collecte et de l'analyse des données, par exemple la présence prolongée sur le terrain, la description détaillée du contexte et des acteurs, la tenue du journal de bord et la triangulation (Savoie-Zajc, 2000). Nous présentons dans la suite celles que nous avons utilisées pour assurer la fiabilité et la validité des résultats de notre étude.

Selon Gagnon (2012), la « **fiabilité** » correspond à la constance des observations, et la réplication des résultats, autrement dit, le fait que « les investigations répétées du même phénomène par d'autres chercheurs en suivant la même démarche de recherche conduiraient sensiblement aux mêmes conclusions ». Comme l'explique l'auteur, plusieurs stratégies, comme la confirmation des données ou la confirmation de l'interprétation par les pairs, permettent d'assurer la fiabilité interne garantissant la stabilité des données de l'étude et la stabilité externe pour permettre la reproduction de l'étude (Gagnon, 2012).

Quant à la « **validité** », elle se réfère à la justesse et à la conformité des résultats par la production d'une interprétation de données étayées et cohérentes. Cependant, l'auteur précise que la fiabilité n'assure pas la validité mais elle en est une condition nécessaire (Gagnon, 2012). Whittemore et al. (2001) distinguent la validité primaire de la validité secondaire. Ils définissent comme critères de la validité primaire, la crédibilité, l'authenticité, la criticité et l'intégrité, et pour la validité secondaire, l'explicite, la vivacité, la créativité, la rigueur, la congruence et la sensibilité. Plusieurs de ces terminologies ont été définies pour les méthodes quantitatives et beaucoup de chercheurs qualitatifs les utilisent comme telles. En revanche, d'autres préfèrent utiliser celles qui sont propres aux méthodes qualitatives.

D'autres termes sont également utilisés notamment la validité externe et la validité interne. La première permet au chercheur de mesurer ce qu'il prétend mesurer en s'assurant que la description et l'explication du phénomène représentent bien la réalité observée. La deuxième concerne le degré sur lequel l'identification et la description du phénomène sont fondées et

peuvent être comparées, permettant ainsi le transfert des résultats à d'autres contextes similaires (Gagnon, 2009).

Par cohérence théorique de notre démarche, nous avons utilisé les critères propres à la recherche qualitative définis par Lincoln et Guba (1989, 1994), à savoir l'imputabilité procédurale (fiabilité), la confirmabilité (neutralité), la crédibilité et la transférabilité (Seale, 1999). Ils ont été respectés tout au long de l'étude pour assurer sa validité scientifique.

En plus de ces critères, étant donné la proximité entre l'objet de notre étude et notre expérience professionnelle, nous avons adopté des stratégies permettant de garder le positionnement de distanciation nécessaire à l'objet de recherche, tout en profitant du capital de notre expérience pour mieux comprendre effectivement l'objet de l'étude. Cela demande une vigilance accrue afin de prendre conscience de l'éventuelle subjectivité à l'œuvre dans notre posture de chercheur. Nous évoquerons cette attitude à la fin de cette section.

4.5.1 L'imputabilité procédurale

Ce critère permet de garantir la fiabilité de l'étude grâce à la transparence du processus de recherche par la documentation détaillée de la méthode, des données, de l'analyse et des résultats, permettant ainsi à un autre chercheur d'en juger la logique et la pertinence (Tobin & Begley, 2004).

Concernant cette étude, nous avons tenu un journal de bord, tous les changements inhérents au déroulement de l'étude ont été notés ainsi que toutes les démarches opérées pour chaque situation donnée.

Les données et les outils d'analyse (relevé de thèmes, journal de thématisation) ont été soumis régulièrement au comité de direction de cette thèse et à deux chercheurs extérieurs au comité de thèse utilisant les méthodes qualitatives, afin d'avoir leurs avis et leurs conseils. Nous leur avons demandé leur validation à l'occasion de chaque révision de notre matériel. À l'évidence, l'ensemble de ce matériel est accessible.

4.5.2 Confirmabilité

Il s'agit de s'assurer de la neutralité de la recherche en évitant toute influence d'éléments *biaisants*, provenant soit du terrain d'étude, soit du chercheur lui-même (Miles & Huberman,

2003) et de faire en sorte que « l'interprétation des résultats ne soit pas le fruit de l'imagination du chercheur, mais qu'ils soient bien issus des données de l'étude » (Tobin & Begley, 2004).

Ainsi, s'agissant de notre recherche, les précautions ont été prises pour que notre présence en qualité de chercheur ne soit pas confondue avec celle d'un évaluateur. Cela risquait d'influencer le discours des acteurs, tentés de ne rien dire par peur de dénoncer les manquements à l'égard du service rendu ou au contraire tentés de revendiquer ce qui n'a pas de rapport avec l'objet de recherche.

En outre, nous avons eu recours à la méthode de diversification interne (intragroupe) en incluant les acteurs ayant des caractéristiques différentes afin d'avoir un échantillon de personnes ayant des besoins et des attentes éventuellement variés. Leurs caractéristiques ainsi que la procédure de sélection sont décrites dans ce chapitre. De même, nous avons interrogé les différents groupes d'acteurs qui sont les sources différentes des données de l'étude. Il s'agit d'un recueil des données par *triangulation*, une technique recommandée en recherche qualitative (Halcomb & Andrew, 2005; Kimchi et al., 1991; Thurmond, 2001). Ce recueil a été mené jusqu'à saturation empirique (Pires, 1997), c'est-à-dire jusqu'au moment où plus aucune information nouvelle n'a été obtenue.

Enfin, la description détaillée des choix opérés permet également de les soumettre au jugement des autres chercheurs leur permettant ainsi de reproduire l'étude dans un contexte similaire afin de confirmer nos résultats.

4.5.3 *Crédibilité*

La crédibilité d'une recherche consiste à garantir que les résultats obtenus reflètent le sens des données et décrivent véritablement le phénomène étudié. Elle exige de représenter et d'interpréter convenablement la réalité des participants (Miles & Huberman, 2003). Pour Patton, ce critère dépend notamment de la « technique et méthode rigoureuse pour la collecte des données de qualité et l'analyse soignée prêtant attention à la validité, à la fiabilité et à la triangulation ». Il évoque également la crédibilité du chercheur par rapport à sa formation, à son expérience et à son statut (Patton, 1999).

Nous avons utilisé plusieurs stratégies afin de respecter ce critère. Notamment, nous avons eu recours à la technique dite *Peer debriefing* (Creswell & Miller, 2000). À chaque étape

de l'étude, nous avons soumis notre travail aux directeurs de cette thèse pour révision et confirmation. De plus, nos résultats ont été présentés et discutés au sein de notre groupe de recherche afin que les observations des autres chercheurs nous aident à améliorer la précision de nos résultats.

Les guides d'entretiens ont été testés et validés avant leur utilisation. L'interRAI-HC utilisé pour la collecte des données quantitative concernant les profils des personnes âgées est un instrument d'évaluation validé et habituellement utilisé dans le domaine de notre recherche (Hirdes et al., 2008; Morris et al., 1997).

Étant donné que ce critère de crédibilité est relatif à la valeur des résultats obtenus par rapport à la réalité du phénomène étudié, il est primordial de recueillir les données représentant les points de vue différents. C'est pour cette raison qu'en plus d'interroger les acteurs des différents groupes, nous avons procédé à la diversification des répondants à l'intérieur de chaque groupe.

Concernant l'analyse, nous avons procédé au double codage et au test de concordance du codage. Les similitudes et divergences des perspectives ont été recherchées. Le journal des thèmes a été soumis à notre comité de direction de thèse pour enrichir notre réflexion sur le regroupement des thèmes et leur validation.

Enfin, nous avons restitué les résultats obtenus aux participants afin de vérifier la crédibilité de notre interprétation des données. Le compte rendu des résultats privilégie davantage l'approche descriptive qu'à celle interprétative envisagée en second temps afin de ne pas s'éloigner des perspectives des acteurs reflétant la réalité empirique.

4.5.4 Transférabilité

Comme toute autre étude qualitative, notre étude ne vise pas l'inférence statistique. Par contre, par la compréhension plus approfondie de ce que doit être la qualité de l'aide aux personnes âgées, la généralisation empirique et théorique des résultats de cette étude est recherchée.

Pour rendre cela possible, nous décrivons de manière détaillée le contexte de l'étude, particulièrement le contexte organisationnel des cas étudiés, afin de permettre la compréhension

du contexte de l'étude et l'analyse de sa similitude par rapport à un autre contexte auquel les résultats pourront être généralisés.

La population est également décrite à l'aide des caractéristiques jugées pertinentes pour mieux comprendre la composition de chaque groupe d'acteurs participant à l'étude.

Afin de s'assurer la représentation de tous les points de vue des acteurs, un nombre suffisant d'entretiens a été réalisé jusqu'à la saturation des données.

4.5.5 Travail réflexif du chercheur

Il s'agit de la prise de conscience du chercheur à propos du risque de biais lié à sa personne, en fonction de ses expériences et de sa formation (Whittemore et al., 2001).

Plusieurs stratégies ont été suivies afin de minimiser notre influence éventuelle sur les résultats de notre étude. À chaque étape de choix méthodologique, de stratégie de recueil et d'analyse, les directeurs de thèse ont été consultés pour discuter et valider ces choix. Leurs expertises dans les différents domaines de santé publique, sociologie, qualité de soins et gériatrie, ont permis d'avoir un regard multidisciplinaire sur le travail réalisé et de prendre du recul par rapport à notre propre expérience en qualité de soignant.

Notre formation en santé publique et la revue de la littérature effectuée ont éclairé la construction de notre démarche permettant notre interaction avec le terrain dans sa singularité et ses contingences, comme le dit Soukup (2013), de « s'en imprégner sans s'y noyer, d'y flâner sans s'y perdre ».

4.6 Considérations éthiques et légales

Les contacts avec les participants ont été pris via les SPASAD. Elles ont informé toutes les personnes concernées avant nos prises de contact. Leur consentement a été recherché et obtenu avant leurs interviews (voir formule de consentement en annexe 1.4). Chaque personne était libre d'accepter ou de refuser sa participation à l'étude et d'en sortir à tout moment sans préjudice. La lettre d'information remise aux participants (annexe 1.4) précisait que les informations recueillies lors de cette étude demeuraient strictement confidentielles et que les participants auraient le droit d'accès aux informations les concernant.

Le fichier informatique de transcription des entretiens est totalement anonymisé, chaque entretien ne porte qu'un n° d'identification et nous sommes tenu au secret professionnel et à la confidentialité des données recueillies.

Par ailleurs, pour être conforme aux exigences éthiques et légales, notre projet a été soumis au comité sectoriel d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal. Ce comité a attribué le certificat d'approbation attestant la conformité de l'étude aux règles générales d'éthique en recherche (annexe 1.1).

Conformément à la réglementation française en matière de recherche, comme prévu par les dispositifs de la loi du 6 janvier 1978, chap.9, art 53, nous avons obtenu l'autorisation du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) (Annexe 1.2) Enfin, nous avons déclaré notre fichier informatisé des données personnelles collectées auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) (Annexe 1.3).

Chapitre 5 : RÉSULTATS

Ce chapitre est composé de deux parties. En premier lieu, nous donnons quelques précisions concernant le matériel sur lequel l'analyse a été effectuée et la description des caractéristiques sociodémographiques des participants. Ensuite nous présentons les résultats de l'analyse descriptive et comparative des données empiriques de notre recherche. Ces résultats, décrits et explicités par les verbatim, sont relatifs aux deux objectifs de l'étude.

5.1 Présentation du matériel et caractéristiques des participants

5.1.1 Présentation du matériel

Les résultats sont issus de l'analyse des entretiens réalisés auprès de 95 personnes, dont 41 personnes âgées, 46 intervenants et 8 gestionnaires (voir tableau VIII). La durée totale de l'ensemble du corpus analysé représente 4988 minutes (83h) d'entretiens.

Les participants appartiennent tous aux deux structures correspondant aux deux cas de l'étude, chaque groupe a été interviewé dans les mêmes conditions, les personnes âgées à leur domicile et les professionnels au bureau de leurs services respectifs. Aucun professionnel contacté n'a refusé de participer à l'étude. Concernant les personnes âgées, seules quatre ont refusé d'y participer.

Nous avons constaté que malgré l'information donnée aux personnes âgées pour ce qui concerne le respect de la confidentialité de nos échanges, quelques-unes craignaient que leurs propos, s'ils étaient négatifs, puissent leur porter directement préjudice ainsi qu'aux intervenants qui leur venaient en aide. Au cours des entretiens, il leur a été rappelé que les propos restaient confidentiels et que le but de l'étude n'était pas de juger la qualité du travail réalisé par les intervenants, mais de comprendre leurs perceptions sur la qualité de l'aide dont ils bénéficient ou qu'ils souhaiteraient recevoir. Pour ces raisons de confidentialité, les verbatim utilisés pour illustrer notre analyse sont anonymes autant que les deux structures participantes.

En général, tous les acteurs ont bien collaboré à l'étude et toutes les personnes interrogées (personnes âgées et professionnels) ont apprécié le fait que nous leur avons donné l'occasion de s'exprimer pour la première fois sur ce qu'elles considèrent comme important,

soit dans leur prise en charge pour ce qui concerne les personnes âgées, soit dans leur métier pour ce qui concerne les professionnels.

Tableau VIII : Nombre des participants par structure et par groupe d'acteurs

Participants	Structure A	Structure B	Total
Personnes âgées	18	23	41
Intervenants à domicile	19	27	46
Auxiliaires de Vie Sociale, Aides à Domicile	10	14	24
Soignants : Aides-Soignants et Infirmiers	7	13	20
Ergothérapeutes	2	-	2
Gestionnaires	4	4	8
Total	41	54	95

5.1.2 Caractéristiques du groupe des personnes âgées

La description des caractéristiques des personnes âgées est faite à l'aide des données quantitatives recueillies auprès de chaque participant. Elle montre qu'elles ont des caractéristiques différentes du point de vue sociodémographique et de l'état sanitaire. Cela indique que la diversification interne a été assurée et que les personnes âgées interrogées avaient des besoins d'aide divers. Comme le montre le tableau IX, parmi les personnes âgées interrogées, neuf sur dix ont besoin d'aide pour prendre leur douche ou leur bain, sept sur dix ont des incapacités physiques les empêchant de s'habiller seules et presque un tiers des personnes interrogées ne peuvent pas marcher seules. Trois quarts ont besoin d'aide pour la préparation des repas et trois quarts perçoivent leur santé passable ou mauvaise.

Tableau IX : Caractéristiques sociodémographiques et sanitaires des personnes âgées (n=41)

<i>Items</i>	<i>(%)</i>
Caractéristiques sociodémographiques	
Âge : <i>Moyenne</i>	85
<i>Min.</i>	70
<i>Max.</i>	99
Femme	79
Personne vivant seule	64
Performance pour les AVQ	
<i>Personnes dépendantes * :</i>	
Hygiène personnelle	46
Bain	92
Marcher	31
S’habiller la partie inférieure	70
S’habiller la partie supérieure	57
Transfert vers les toilettes	25
Performance pour les AIVQ	
<i>Personnes dépendantes *</i>	
Préparation des repas	74
Faire le ménage	97
Faire les courses	97
État de santé	
Déficience cognitive (modérée)	17
Santé perçue comme :	
<i>Bonne</i>	26
<i>Passable</i>	58
<i>Mauvaise</i>	16
Présence de dyspnée	46

* % des personnes ayant besoin d’aide (de l’assistance limitée à la dépendance totale)

5.1.3 Caractéristiques du groupe des professionnels

Le groupe des professionnels représente, d’une part les intervenants de terrain à savoir les Aides à domicile, les Auxiliaires de vie, les Aides-soignants (es) et les infirmiers (ères), d’autre part les gestionnaires, l’équipe d’encadrement et l’équipe de direction. Une question a été posée à chaque répondant au début de l’entretien, en lui invitant à se présenter et à préciser

ses missions, son expérience et sa motivation pour exercer sa profession dans le secteur de l'aide aux personnes âgées.

Plus de la moitié des professionnels interviewés (54,4%) ont une expérience de 10 ans ou plus dans le secteur de l'aide à domicile. Les deux tiers de ce groupe des professionnels sont des intervenants et leurs missions est principalement l'aide aux personnes âgées dans la réalisation de leurs activités de la vie quotidienne. Le reste du groupe est composé par les membres de l'équipe d'encadrement, ils sont chargés d'évaluer la situation des personnes âgées nécessitant des prestations de leurs structures, ils organisent les interventions et assurent leur suivi.

Concernant la motivation des professionnels pour venir travailler dans le secteur d'aide à domicile, la carrière de la majorité a débuté « par hasard », peu de participants ont indiqué une passion ou une envie particulière d'aider les personnes âgées. Le premier motif évoqué est celui de l'accès facile à l'emploi dans ce secteur. Quelques professionnels, en particulier les infirmières et les aides-soignantes, ont indiqué que leur choix de travailler dans le secteur d'aide à domicile était fondé sur leur souhait d'avoir l'autonomie professionnelle que le contexte du domicile leur offre, contrairement au contexte institutionnel comme l'hôpital ou la maison de retraite qui ne laisse pas assez de marge de liberté aux professionnels dans l'exercice de leur métier.

On constate que la formation des gestionnaires est très hétérogène. La formation initiale de certains gestionnaires est très éloignée du secteur médico-social et des problématiques du soutien à domicile pour personnes âgées. Quelques-uns ont une formation dans le domaine du commerce ou du théâtre. Ils ont été formés au métier de gestion ou de coordination de service d'aide au fur et à mesure de leur fonction. De même, certains intervenants qui occupent des postes d'aide à domicile n'ont aucune qualification, ce poste n'en exigeant pas. D'autres ont été formés au métier d'aide aux personnes âgées dans le cadre de leur évolution de carrière et sont devenus des AVS, certains AVS ont bénéficié également d'une formation pour devenir des AS.

Selon le rapport d'information de la commission des affaires sociales du Sénat sur l'aide à domicile, concernant « le profil des intervenants au domicile des personnes fragiles », presque la moitié (48,3%) des salariés des organismes prestataires intervenant au domicile des

personnes fragiles n'a aucun diplôme, ce pourcentage est de 85.1% pour les salariés en emploi direct (Vanlerenberghe & Watrin, 2014).

C'est dans le groupe des AVS et AD que l'on retrouve beaucoup d'intervenants à mi-temps, payés en fonction des heures travaillées, contrairement aux AS et aux IDE salariés de la structure prestataire ayant un salaire mensuel. Certains intervenants à domicile travaillent simultanément dans une autre structure. Tous les gestionnaires interrogés ont un statut de salariés.

5.2 La qualité d'aide aux personnes âgées : description des perspectives des acteurs (objectif #1)

Les résultats présentés dans cette partie sont relatifs au premier objectif de la thèse qui consiste à décrire et à comprendre la conception de la qualité de l'aide à domicile selon les perspectives des acteurs. Les points de vue des personnes âgées, des intervenants et des gestionnaires sont décrits, puis comparés pour identifier d'éventuelles similitudes ou divergences.

Au total, 252 thèmes ont été attribués à l'ensemble des verbatim des personnes interrogées sur leur perception concernant la qualité du service d'aide à domicile. Ces thèmes ont été regroupés en dimensions. Sept dimensions ont été mises en évidence à savoir : *les qualités personnelles de l'intervenant, l'attitude de l'intervenant, la relation interpersonnelle, la qualité organisationnelle, la justesse des réponses aux besoins de la personne âgée, la compétence des intervenants et les valeurs éthiques et morales*. Elles peuvent être classées en trois champs : *la qualité relationnelle, la qualité procédurale et la qualité transversale*.

Le contenu de chaque dimension va être présenté, les thèmes les plus importants de chaque groupe d'acteurs seront précisés. Certains attributs de ces dimensions peuvent appartenir à la fois à plusieurs dimensions, car elles sont interdépendantes, elles s'imbriquent pour créer un ensemble systémique qui constitue la qualité globale d'un service d'aide à domicile.

L'importance des thèmes a été établie à la fois en se référant au nombre des répondants qui les ont évoqués et à l'intérêt qu'ils ont manifesté lors de l'entretien. Cet intérêt a été saisi lors des moments où il y a eu présence d'émotions vives par des affirmations ou par des oppositions, mais également par le fait d'être répété à chaque fois que le répondant exprimait

ses préférences, ses attentes, son expérience, ses besoins propres ou son appréciation de la qualité du service rendu.

Il convient de préciser que l'importance que les acteurs attribuent à la plupart des thèmes utilisés pour coder le corpus des entretiens varie dans les trois groupes, parfois ils s'accordent sur certains aspects de la qualité et moins sur d'autres. Les ressemblances et les différences identifiées vont être précisées.

En guise d'illustration des résultats présentés, les extraits des verbatim relatifs aux thèmes indiqués sont cités. Pour ne pas surcharger le texte par les détails du matériel de base, certains résultats peuvent ne pas faire l'objet de démonstration par des propos tenus par les participants.

Pour garder l'anonymat, les auteurs de ces citations sont signalés par un n° suivi par la mention I-PA pour désigner l'interview d'une personne âgée, I-AVS, I-AD pour les Auxiliaires de vie et Aide à domicile et I-PS quand il s'agit d'un intervenant soignant (IDE ou AS) et enfin, I-G pour les verbatim des gestionnaires.

5.2.1 Points de vue des personnes âgées

Selon les résultats de l'étude, les personnes âgées évoquent les attributs de l'ensemble des sept dimensions identifiées avec une insistance particulière sur trois d'entre elles, les qualités personnelles de l'intervenant, la bonne attitude de l'intervenant, la qualité de l'interrelation. Les trois autres dimensions, la qualité organisationnelle, la justesse des réponses aux besoins, la compétence des intervenants sont relativement peu présentes par rapport aux précédentes, les valeurs éthiques et morales sont évoquées de façon plus transversales et moins fréquentes.

Nous avons constaté que le contenu des propos des personnes âgées est très précis, elles utilisent des exemples tirés de leur vie quotidienne pour expliciter leurs points de vue et faire comprendre l'importance des attributs exprimés.

a. Les qualités personnelles de l'intervenant

Pour évoquer la qualité de l'aide, les personnes âgées se réfèrent en premier lieu aux qualités personnelles de l'intervenant. De nombreuses qualités personnelles sont citées comme

critères permettant de considérer qu'un service reçu est de qualité. Il s'agit notamment de la gentillesse, de l'amabilité, de la gaieté, de la douceur, de la politesse, de l'honnêteté, de la discrétion, de la serviabilité, de l'empathie, de la dextérité, de la sympathie, de la discrétion et de la spontanéité. Les trois premiers (gentillesse, amabilité et gaieté) sont les plus fréquemment cités par rapport aux autres. Ces qualités se révèlent à la fois lors de l'interaction entre l'intervenant et la personne et lors de l'exécution des actes instrumentaux.

« Les éléments de la qualité ? Elles sont gentilles pour commencer, je les connais maintenant presque toutes. » [I_PA_2.27]

« Il fait être gentil et compréhensible. » [I_PA_1.15]

« La gentillesse de la personne, elles sont toutes gentilles et aimables. Même après la prestation, je continue à me sentir bien. Moi je trouve ça très bien. Oui c'est vrai, ça me permet de me sentir bien. Elle me discute un petit peu, vous ferrez ci, vous ferrez ça, n'oubliez de prendre ceci, moi je n'ai pas à me plaindre, tous ceux qui m'entourent sont gentils. » [I_PA_2.29]

« Qu'ils me disent bonjour déjà, et après qu'ils me parlent gentiment, qu'ils me disent Madame D., qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui vous voyez ! » [I_PA_2.27]

« La qualité de service c'est... de comprendre la personne, avoir de l'affection pour la personne là. J'avais une auxiliaire, elle était douce comme tout, elle faisait la cuisine, depuis qu'elle est partie c'est fini tout ça ! » [I_PA_2.36]

« La qualité qui est importante c'est qu'elles soient gentilles aussi. Très gentilles, très discrètes et très efficaces. » [I_PA_1.03]

« Qu'elles soient gentilles, ponctuelles et pas brutales avec moi. » [I_PA_1.04]

« Je me sens mieux ! Ah oui parce qu'ils sont tellement gentils. » [I_PA_2.25]

« Oui oui alors là, c'est bien, je n'ai rien à dire à la spasad B [cite le nom de la structure], même les gens qui viennent sont gentils. » [I_PA_2.30]

« Avoir quelqu'un de très gai c'est agréable ! » [I_PA_1.18]

« Quand il arrive, c'est mon rayon de soleil ! » [I_PA_1.10]

En plus de ces qualités citées ci-haut, les personnes âgées apprécient les intervenants actifs et rapides, mais elles n'apprécient pas ceux qui sont pressés. Bien qu'elles essaient de s'adapter à la personnalité de chaque intervenant, les personnes âgées préfèrent un intervenant ayant un bon état d'esprit qui leur permet de penser à autre chose et de se sentir réconfortées. En effet, il faut un ensemble de qualités personnelles de la part d'un intervenant pour que la personne aidée se sente véritablement réconfortée par l'aide reçue.

« Qu'elles soient gentilles, qu'elles soient tactiles comme celle que j'ai actuellement. J'en ai une depuis deux ans, c'est la 3e année, elle est jeune, elle a 2 enfants ; elle est très gentille et très active, et je trouve que pour une jeune de son âge, elle a beaucoup d'expérience. Elle

fait beaucoup de choses qui me surprennent pour quelqu'un de son âge. Il ne faut pas la contrarier non plus, elle sait ce qu'elle veut, il faut faire doucement. » [I_PA_1.06]

« ... c'est aussi l'état d'esprit de la personne et sa façon de procéder et tout, qui te réconforte, qu'il te demande vous allez bien ou ceci cela, qui présente, qui est gaie, ça ! ça a de l'importance parce je pense que pour la personne ce n'est pas désagréable. » [I_PA_2.24]

L'ensemble de ces qualités personnelles constitue un préalable pour d'autres dimensions de la qualité d'aide pour lesquels les personnes âgées considèrent comme des critères de la qualité d'aide, notamment l'attitude de l'intervenant et sa façon de faire. Ainsi, les qualités personnelles ne sont accessibles et appréciables effectivement qu'à travers les autres domaines abordés dans la suite. Cependant, vu l'importance qui leur est attribuée, elles ont le mérite d'être présentées en tant que dimension de la qualité à part entière.

b. L'attitude de l'intervenant

Les énoncés faisant référence à l'attitude de l'intervenant sont également présents dans les propos des personnes âgées. Bien qu'elle soit liée aux qualités personnelles de l'intervenant présentées précédemment, l'attitude relève davantage des comportements des intervenants qui sont dépendants des autres facteurs, organisationnels, environnementaux et individuels y compris ceux des personnes aidées comme leur personnalité et leur entourage. L'attitude implique également la responsabilité de l'intervenant, car elle se réfère au comportement recherché mais surtout manifesté. D'où l'importance pour les intervenants de mobiliser certaines stratégies telles que les techniques de langage et de posture afin d'obtenir le comportement appréciable par la personne âgée correspondant à la bonne attitude.

Dans ce sens, beaucoup de personnes âgées soulignent l'importance d'avoir un intervenant *disponible* qui se montre *concerné* par la situation de la personne en *prenant le temps* pour l'aider. Le *dévouement*, la *motivation* et le fait d'*être de bonne humeur* sont les attitudes appréciées par les personnes âgées, il en est de même pour le fait d'*avoir une attitude ouverte* ».

« La disponibilité : que je sente qu'ils soient là ! » [I_PA_1.17]

« Qu'elle soit présente pour moi, quand je lui parle qu'elle prête attention à ce que je lui dis. » [I_PA_1.16]

« Surtout ce sont des jeunes, une fois qu'ils sont de bonne volonté, ce n'est pas un problème. Puisque si les gens sont de bonne volonté il n'y a pas de problème » [I_PA_2.24]

« Dévouement et Initiative : Ah oui c'est important parce que nous n'allons pas tout lui dire, faites ceci, faites cela... » [I_PA_1.14]

« Ce que je n'aime pas c'est quelqu'un qui s'amène, en ayant l'aire de trainer les pieds, vous voyez ce que je veux dire ! Qu'il n'a pas l'air motivé. » [I_PA_2.27]

« Heuu pas toujours ? Certains il faut leur dire, mais j'aimerais qu'ils prennent des initiatives. » [I_PA_2.33].

Les personnes âgées précisent que grâce à la disponibilité de l'intervenant et le fait que celui-ci prenne du temps pour elles, cela leur permet de se « sentir considérées ». Pour les personnes âgées, l'intervenant ne devrait pas venir à leur domicile parce que c'est une obligation de son « job », elles souhaitent qu'il vienne à leur rencontre en ayant l'envie de les aider véritablement. Ainsi, il doit d'abord les considérer comme des « personnes et non pas comme des choses ».

Les personnes âgées veulent davantage, non seulement la présence physique, mais aussi elles souhaitent avoir un intervenant qui leur manifeste de l'empathie, qui considère que les personnes âgées sont leur première préoccupation au moment de leur intervention au lieu d'être préoccupé par les tâches ménagères à réaliser. En outre, elles disent que ce sentiment d'être considérées favorise leur interaction et leur échange avec l'intervenant, ce qui leur permet d'exprimer leurs souhaits et leurs choix.

« Qu'ils soient gentils, qu'ils soient aimables, qu'il y ait un échange, qu'il y ait une empathie c'est-à-dire qu'ils ont conscience qu'une personne âgée a des difficultés et qu'ils sont là pour m'aider. Parce qu'il y a des gens qui viennent pour des choses, qui vous font du ménage, de repassage, mais qui le fassent comme ... voilà, comme si c'est quelqu'un de 30 ans-40 ans qui ont besoin d'une aide momentanée. Alors qu'il faut une écoute, une empathie, on ne peut pas travailler auprès de la personne âgée sans avoir une formation et une écoute. » [I_PA_1.25]

« Je ne suis pas considéré comme un bout de bois. On parle des enfants, des petits enfants, de leurs enfants à eux, des fêtes, des choses de la vie courante. » [I_PA_1.05]

« Déjà qu'ils considèrent la personne ! Ils nous considèrent comme des morts vivants ! » [I_PA_1.08]

Par ailleurs, les personnes âgées insistent sur le fait que la disponibilité de l'intervenant ne consiste pas à être présent physiquement, c'est d'abord être disponible d'esprit, être disposé à aider sans se limiter aux seules tâches prescrites. Cela consiste à se soucier des problèmes de la personne aidée, à prendre le temps pour l'écouter et à l'observer pour mieux comprendre ses besoins.

« Qu'ils soient disponibles aussi pour faire éventuellement quelque chose qui n'est pas de leur compétence, je ne sais pas moi, théoriquement ils ne doivent pas enlever les rideaux, mais là ils le feraient, vous voyez ! Ils s'occupent très bien de tout, de la salle de bain de la cuisine c'est impeccablement propre. » [I_PA_2.21]

« Que l'on s'inquiète de moi, qu'on me parle s'il fait beau, s'il fait froid dehors, que je ne sois pas une chose, mais une personne physique, ça j'aimerais beaucoup... Elles sont très pressées, elles n'ont presque pas le temps, elles arrivent, immédiatement elles font leur travail, mais elles ne s'occupent pas si vous voulez de ce que je suis, rien de tout ça ! » [I_PA_1.15]

« Qu'elle ne soit pas nerveuse, brusque et qu'elle soit en harmonie avec ce que je lui demande, quand je lui parle qu'elle me réponde, qu'elle vienne me voir, sans que je lui demande, voir même si elle fait autre chose, car c'est moi qui suis embêté. » [I_PA_1.15]

Prendre du temps peut se comprendre de plusieurs façons. Quand les personnes âgées évoquent la notion du temps, elles ne se réfèrent pas seulement à la quantité d'heures ou de minutes dont disposent les intervenants pour faire leur travail, cela dépendrait de l'organisation, pour elles il s'agit surtout de la manière d'agir des intervenants. L'attitude de certains d'entre eux leur renvoie l'image d'une personne *pressée* à terminer un acte à accomplir sans se préoccuper de la personne aidée, de ce qu'elle est et de quoi elle a besoin.

Les personnes âgées désapprouvent également les expressions verbales et non verbales de la part des intervenants leur signifiant qu'elles ne sont pas les seules personnes dont ils s'occupent ou leur faisant comprendre que l'intervenant est fatigué. Elles souhaitent que le temps pendant lequel l'intervenant est présent leur soit exclusivement consacré au lieu d'avoir d'autres préoccupations concernant les situations précédentes ou à venir.

« ... ils ne sont pas contents, ils sont fatigués eux-mêmes ; ils nous font sentir qu'il y en a d'autres. » [I_PA_1.08]

« Les gens qui viennent me doucher et tout ça, sont pressés. ... Quand ils arrivent, elles auraient voulu qu'on soit nu quand elles sonnent, mais nous on ne sait pas quand est-ce qu'elles vont arriver. On ne va pas rester comme ça nu à les attendre. Il faut qu'ils nous donnent un temps à se déshabiller et à arriver dans la salle de bain ! » [I_PA_2.28]

« Il y en a qui sont tellement pressés qu'ils vous envoient..., qui vous envoient quoi ! [rires]... faites vite pour partir vite. » [I_PA_1.11]

« Elles sont très pressées, elles n'ont presque pas le temps, elles arrivent, immédiatement elles font leur travail, mais elles ne s'occupent pas si vous voulez de ce que je suis, rien de tout ça » [I_PA_1.15]

« Il y a des femmes des fois, elles sont agitées, elles me disent allez vite, allez vite ... » [I_PA_2.38]

Selon les personnes âgées, la présentation de l'intervenant, sa façon de se comporter et son *langage* font partie des critères de la qualité de la prestation d'aide et influencent l'interaction entre personne âgée et intervenant.

« *Incontestablement oui, parce que leur présence et leur façon de se comporter, ça crée une espèce, une espèce de famille. Eheuu j'apprécie beaucoup.* » [I_PA_2.22]

c. La relation interpersonnelle

La plupart des personnes âgées voudraient d'abord avoir un service d'aide qui leur permette d'avoir une interaction humaine de qualité, leur apportant ce qu'il qualifie d'un « *apport humain* ». Pour cela, il faut avoir une *relation de confiance, positive et bienveillante*. Les personnes âgées considèrent qu'une telle relation demande *l'authentique complicité, le bon contact et l'adaptation mutuelle* entre la personne âgée et l'intervenant.

De plus, cet apport humain permet aux personnes âgées isolées d'avoir un *échange avec une autre personne* et de continuer à avoir un *rôle social* à travers les échanges qu'elles ont avec les intervenants qui sont parfois les seules personnes avec lesquelles elles interagissent.

« *Elle m'apporte de l'humain, de l'humain parce qu'à mon âge il ne me reste que deux amis de l'école normale évidemment, l'un habite loin, l'autre a sa femme, disons qui est dans des conditions physiques très difficiles. Donc ces amis de l'adolescence, on se téléphone quoi, on se voit peu parce qu'ils ont des problèmes majeurs. Alors si je peux, comment dirais-je, je suis heureux d'avoir ce contact au téléphone et maintenant ce contact humain ... le contact humain il n'y a rien de tel !* » [I_PA_2.22]

« *Enfin il peut faire que la chose dans laquelle ils sont spécialisés par exemple le ménage et puis c'est tout ! Sur le plan humain, il n'y a rien ! Alors que je crois même que pour leur donner une formation pour le ménage, il faut leur dire que ça ne se combine pas uniquement autour du ménage. Quand on passe deux heures avec une personne à faire ce qu'il y a à faire, il faut... c'est difficile à dire, mais il faut penser à être très disponible à la personne et pas seulement disponible à ce qui doit être fait, mais disponible à ce qu'elle pense, à ce qu'elle aime.* » [I_PA_2.21].

« *C'est très important. Au point de vue humain, ils m'apportent beaucoup. C'est-à-dire que j'ai des visites à domicile sans bouger c'est formidable. Moi j'en suis très satisfait. Et je le dis, mais je le pense comme ça.* » [I_PA_2.22].

« *Déjà que la personne soit agréable, de contact et puis vous savez il y a des personnes quand vous les voyez, vous vous sentez tout de suite bien avec et puis il y en a d'autres il faut s'habituer ou alors ce n'est pas ce qu'elles font que ça ne va pas, ce qu'elles font c'est bien, mais on a plus ou moins d'affinité avec ; en général elles sont bien, il n'y a rien à dire... le bon contact : quand on est content de voir la personne, de parler avec elle, de parler de la famille, etc. Il faut qu'elles soient contentes de venir...* » [I_PA_2.41].

« Quand elles rentrent, quand elles arrivent à la maison, elles arrivent chez quelqu'un qu'elles connaissent, elles savent comment faire, elles sont au moins chez elles. L'aide-ménagère que nous avons actuellement est très affectueuse, elle est très gentille, très spontanée, elle est exceptionnelle. » [I_PA_1.06]

« Ils font leur job très correctement. Il y a des relations de confiance qui s'établissent entre nous, ce sont des gens de qualité. » [I_PA_1.03]

Les propos de ces personnes montrent clairement que la personne âgée attend autre chose que l'aide matérielle pour le ménage ou pour les courses. Elles ont besoin d'abord d'être écoutées, d'être considérées, d'avoir un intervenant ayant de la bienveillance et de l'empathie à leur égard.

« Qu'elle ne me donne pas l'impression qu'elle n'apporte pas seulement du matériel, mais de la sympathie » C'est elle on la connaît bien le fait que c'est la même personne c'est important. Que c'est la même personne, elle apporte autre chose que le matériel, elle amène autre chose, la plus importante. ...Avoir quelqu'un très gai c'est agréable ! On sent la sympathie en face, on ne sent pas le travail en face, qu'on sente quelque chose entre vous. » [I_PA 1.18]

Les personnes âgées évoquent souvent l'importance d'avoir une *bonne communication* entre elles et les intervenants. Elles considèrent que « l'échange de qualité » avec les intervenants est nécessaire et appréciable, car il leur permet de se sentir utiles et valorisées. À cet égard, il est important pour elles d'avoir un professionnel qui sait communiquer et qui a une certaine ouverture.

« Ce qui me plaît, c'est plutôt qu'ils ont une certaine culture, les gens qui viennent ici apprécient que je leur parle de ce que je connais même en histoire, j'ai une bonne mémoire ... en venant ici, ils apprennent quelque chose, heureusement d'ailleurs que nos conversations ne sont pas uniquement centrées sur mon état de santé. Je sais des choses qu'ils sont contents de connaître. » I_PA_1.12]

En plus des compétences en communication de la part de l'intervenant, il lui faut de la *qualité d'écoute*, cela renforce les effets liés à ses qualités personnelles et son attitude par rapport au sentiment de la personne âgée d'être considérée et reconnue en tant qu'« être » par l'intervenant pendant la prestation d'aide.

Pour la personne âgée, l'absence de considération de la part de l'intervenant peut avoir un impact négatif non seulement dans leur rapport, mais aussi dans le rapport à soi. Raison pour laquelle, les personnes âgées souhaitent que les intervenants évitent des relations « dépersonnalisantes » ou centrées sur leur état de santé. Au contraire, il faut les aider à garder

le moral et à continuer à avoir leur place dans la société, d'autant plus que plusieurs personnes âgées sont confrontées à l'isolement. Dans cette situation, souvent le seul contact qui reste pour la personne est celui de l'intervenant. D'où la nécessité pour elle d'avoir une relation de confiance avec lui et de compter sur lui. Cela nécessite aussi que l'intervenant se sente concerné par la situation de la personne aidée.

« Dans cette organisation, il y a une écoute ; c'est vrai qu'elles se présentent, c'est vrai qu'elles demandent des nouvelles ; il y a quand même une empathie, il y a une écoute. On ne peut pas travailler auprès des personnes âgées sans avoir un minimum et de formation et d'écoute. Et après le reste c'est effectivement ce qui fait le classique de quelqu'un dans une société. C'est-à-dire l'éducation ... » [I_PA_2.26]

« Qu'ils se rappellent des noms des personnes, qu'ils nous remontent un peu le moral, ce n'est pas trop demander ! Oui eux aussi, ils ont à faire depuis le matin, mais j'attends d'eux qu'ils viennent gais, mais pas fatigués. » [I_PA_1.08]

« J'aimais quand c'était lui, parce qu'il s'occupe bien de moi, quand j'arrivais à l'hôpital il allait me chercher un siège exprès pour que je me mette dedans et on allait voir le docteur ensemble, il était là. J'ai un contrôle au mois d'octobre, il ne peut pas venir, il travaille. Alors il m'a dit de demander il faut que je trouve quelqu'un qui vienne heuu, alors mon aide-ménagère elle a demandé à sa supérieure si tel jour elle pourrait avoir quelqu'un d'autre qui la remplace pour aller chez l'autre personne pour pouvoir m'accompagner à l'hôpital. » [I_PA_2.25]

« La qualité de l'aide est très bien, je vous dis, je suis très content de mon aide-ménagère. Et puis elle m'accompagnera quand j'ai besoin, si je vais chez un docteur, si j'ai une radio à passer, elle m'aidera et elle viendra avec moi. Ça m'est arrivé déjà. » [I_PA_2.23]

Plus l'intervenant se montre concerné par la situation de la personne âgée et qu'il accorde de l'importance à ce qu'elle est et à ce qu'elle dit, plus la personne âgée se sent rassurée et lui fait confiance.

« Il faut être à côté d'elle. Vous avez ce qu'il faut, ça va, ah bon, à plus tard. Je vais venir plus souvent. Je ne sais pas si j'arriverai à définir ce que je vais dire ! Et puis s'intéresse à ce qu'elle dit, vous comprenez monsieur, s'intéresser à ce que dit la personne. Parce que des fois, on dit, elle ne sait pas ce qu'elle dit, elle radote, mais ce n'est pas bien, ce n'est pas bien. » [I_PA_1.17]

« Comment je dirais ? Qu'on puisse croire que la personne s'intéresse à vous. C'est ça que je voudrais que les gens comprennent. Parce que quand on vient comme ça, c'est gentil, mais c'est passager. Je voudrais que ça soit plus profond, vous voyez ! Je ne sais pas si je dis bien, mais vous comprenez ? Il y en a certaine quand même, mais comme ça change tout le temps ! La majorité vous savez, elles sont chargées de travail donc elles n'ont pas assez de temps, alors c'est, c'est la vieillesse n'est pas drôle, ce n'est pas drôle la vieillesse. » [I_PA_2.37]

d. La qualité organisationnelle

Au niveau de l'organisation, trois attributs sont très importants du point de vue des personnes âgées à savoir : la ponctualité, la régularité et avoir le même intervenant. Elles évoquent en outre l'encadrement des intervenants, les horaires d'intervention et l'organisation des passages des différents intervenants aux horaires différents.

« Eh bien, en réalité les éléments majeurs sont les suivants, au point de vue horaire ils sont très rigoureux, c'est très important. » [I_PA_2.22]

« S'ils viennent à l'heure que je n'ai pas à attendre toute la matinée ... » [I_PA_1.13]

« C'est à dire des infirmières qui viennent de bonne heure, qui viennent tôt comme le médecin l'a demandé. Pour mettre les bandes. Deuxièmement qu'ils viennent de bonne heure de façon régulière. Vous comprenez ! ... Mais ça pourrait se passer mieux si c'était la même personne. À chaque fois il faut faire la connaissance et puis, ainsi de suite. Vous savez, c'est une personne étrangère quand ça change. » [I_PA_2.37]

« C'est la régularité des interventions des aides-soignantes. Parce qu'ils peuvent venir à 9h comme à midi. » [I_PA_2.35]

« Je préférerais avoir une personne que je connais, la même. » [I_PA_1.04]

D'après les personnes âgées, le changement de l'intervenant ou des horaires, sans que la personne en soit informée ainsi que le manque de réactivité de la part des services prestataires engendrent l'angoisse de la personne âgée. Au contraire, quand elle est régulièrement informée et sure de la réactivité des professionnels, elle se sent plus ou moins rassurée face aux éventuels changements qui peuvent se produire soit dans sa situation, soit dans l'organisation des services d'aide dont elle bénéficie. L'information et la réactivité constituent ainsi les éléments essentiels d'un service d'aide de qualité auxquels les personnes âgées accordent de l'importance.

« Il faut nous aviser quand on est en retard. » [I_PA_1.17]

« Nous aussi on a une vie, nous dire à quelle heure ils viennent... » [I_PA_1.08]

« J'aimerais être averti en cas de changement. » [I_PA_1.18]

« Je me sens angoissé, je ne sais pas qui sonne. Si on sonne plus fort je sursaute... » [I_PA_1.16]

« Je suis très satisfait, je le leur ai dit, mais c'est la vérité, j'en suis très satisfait. L'un de meilleurs points, C. a dû téléphoner ce matin en disant qu'elle avait un congé maladie d'une semaine, elle devait venir cette après-midi pour faire des courses. Bon, elle me téléphone, elle m'a trouvé quelqu'un quoi ! Et pour cet après-midi et pour mercredi prochain, même vendredi suivant. Ils m'ont déjà trouvé une remplaçante, c'est bien quoi, je n'ai pas à bouger. Non on est gâté quoi ! C'est un mot un peu vieillot, mais c'est la vérité. » [I_PA_2.22]

« Oh non, question service, c'est bien, vraiment ! Parce que vous voyez, même heuu, je vous dis ça comme ça, je ne serais pas bien, tout ça, je téléphonerais à la spasad, ils envoient quelqu'un. » [I_PA_2.30]

D'autres attributs liés à l'organisation sont évoqués par les personnes âgées comme le fait d'avoir le même intervenant pour un temps assez long, de faire l'évaluation des besoins de la personne aidée le plus souvent ainsi que le suivi d'intervenants sur le terrain, de planifier le passage des intervenants de façon à respecter le rythme de vie et les habitudes de vie de la personne. Les trois premiers attributs favorisent la « connaissance » de la personne et les intervenants deviennent familiers de leur environnement social et physique. Par conséquent, les décisions prises par les intervenants et les solutions proposées sont susceptibles d'être appropriées, justes, personnalisées et continues, par rapport aux besoins de la personne.

« Je n'ai rien à dire, ils ont l'air de me connaître depuis toujours. » [I_PA_1.05]

« Quelqu'un qui vous connaît bien, une même personne c'est important ! » [I_PA_1.18]

« Il faudrait que la vie ne soit pas découpée en tranche. Une fois qu'on est passé dans la vieillesse, c'est comme les tranches de saucisson. A tel âge, à tel âge on va surveiller ça du point de vue physique, et puis le reste il va se débrouiller parce qu'après tout il faut survivre. Survivre ça ne me plait pas. » [I_PA_2.21]

« Non, en ce moment je suis toute seule. Je n'ai personne ! En tout cas celle que j'avais avant était très bien ! Elle voyait ce qu'il y avait à faire sans besoin que je lui dise. Elle connaissait mes habitudes. » [I_PA_1.09]

« Oh non ! Regarde tous les après-midis j'ai quelque chose à prendre. Quand elle est là, je n'ai même pas besoin de lui demander. Elle sait qu'à telle heure il y a un médicament à prendre ; elle me le sortait. Alors vous voyez, c'est bien. Elle ne vient pas tous les jours, mais quand elle est là, elle pense à me le donner et je trouve ça formidable. Par exemple hier, elle me l'a mis je n'y pense même pas. Ah Oui ! Elle est très bien. » [I_PA_2.23]

« Elle connaît l'appartement, elle sait où se trouve non elle est bien, ça je n'ai rien à dire. » [I_PA_2.23]

« Oh là ! Une fois elle a fait mon lit. Quand j'ai vu ça, j'ai dit comment je rentre dans mon lit ? Elle m'avait rabattu toutes les couvertures sous le matelas, alors je me suis dit celle-là, ça ne sert pas à grand-chose ! Elle n'est pas revenue, je ne sais pas où elle est d'ailleurs. Tandis qu'elle fait bien mon lit, elle le fait très bien ça marche bien ! Autrement comment vous dire ? [I_PA_2.23]

e. La justesse des réponses aux besoins de la personne

En plus de la qualité organisationnelle, les personnes âgées considèrent qu'une aide de qualité consiste à répondre à leurs besoins. Les besoins les plus évoqués par la majorité des personnes interrogées sont relatifs aux attributs du domaine de la relation interpersonnelle

évoqués précédemment. Il s'agit par exemple du maintien du lien social, les personnes apprécient que les intervenants puissent les aider à sortir de chez eux tout en veillant sur leur sécurité.

« Pour qualifier leur service de qualité ? Sortir plus souvent, et voilà. Par exemple, sortir quand il fait bon, sortir aller sur la place, s'asseoir dehors, être à l'air, c'est pour cela que dans la chambre je lui dis de laisser la fenêtre ouverte, parce sinon j'étouffe. » [I_PA_2.25]

« Les critères c'est que je puisse sortir avec la personne, qu'elle m'aide à sortir. Comme je ne peux pas sortir seul. Vous comprenez ? La qualité c'est d'être du mieux surtout, pour moi c'est très important. L'aide-soignante, elle fait le travail, elle fait la douche, vous comprenez ! Ce qu'il y a c'est l'auxiliaire de vie. Alors celle-là, il faut qu'elle m'aide à sortir, elle accompagne. C'est son travail. Elle fait attention qu'on ne se cogne pas le pied, qu'on monte les trottoirs ; elle vous tient bien le bras. En général elles font ça. » [I_PA_2.37]

« C'est surtout de sortir, si je peux sortir plus ... » [I_PA_2.33]

« Nous permettre de garder le lien avec l'extérieur, bibliothèque ambulante, radio ... » [I_PA_1.10]

Les personnes âgées qui ne sont plus capables de sortir considèrent les intervenants comme leurs intermédiaires avec l'extérieur. Par conséquent, il faut que les intervenants leur rapportent ce qui s'y passe en termes d'actualités, de changements du quartier, etc. Comme elles le disent, il faut que les intervenants leur apporter « le soleil de l'extérieur ».

Les personnes âgées apprécient également la créativité des intervenants dans le but de rompre leur solitude.

« Un peu de tout, se mettre au courant de ce qui se passe, se tenir au goût du jour si on peut dire... » [I_PA_2.33]

« C'est à dire que ça me fait une occasion tous les vendredis et les mercredis d'avoir une visite en plus et quand même une aide puisqu'il y a des choses que je ne peux pas faire. De savoir que mercredi et vendredi il y a une présence régulière et je m'entends bien avec elle. Elle est serviable et puis elle honnête. » [I_PA_2.31]

« Oui, parce que quand j'ai une petite visite ça me donne du courage de faire ce que j'ai à faire. Je parle bien parce que je les titille. » [I_PA-1.04]

« Je suis satisfaite, car c'est une présence comme ça je ne suis pas seule. » [IPA1.12]

Un service d'aide de qualité est également celui qui permet à la personne âgée d'être aidée de façon régulière dans les activités de la vie quotidienne qu'elles ne sont plus capables d'accomplir seules, par exemple, les aider pour les soins personnels et la propreté de leur environnement. Toutefois, les personnes âgées dénoncent le fait que leurs besoins exprimés ou

leurs choix sont parfois négligés ou non respectés pour des motifs organisationnels ou réglementaires.

« C'est très important on m'aide pour les actes de la vie quotidienne, me laver m'habiller, marcher. » [I_PA_1.16]

« J'en ai eu une qui refusait de monter sur l'échelle pour monter des rideaux alors que les autres le font. Puisqu'elles sont des aides à domicile, normalement elles doivent faire de petites choses que les personnes âgées ne peuvent pas faire. » [I_PA_1.06]

« Pour qu'il soit de qualité, il faut qu'ils puissent nous assister au moins, je ne sais pas moi, une heure par jour qu'ils viennent nous voir, nous acheter du pain, on mange du pain "rassis" qui est dans le congélateur pendant une semaine. C'est hygiénique ça, alors ! » [I_PA_2.28]

« Il faut que la personne soit déjà aimable, et puis qu'elle ne prenne pas les choses, je ne sais pas quand je lui demande quelque chose, qu'elle ne me dise pas je ne sais pas ou quand je lui demande quelque chose qu'elle ne dise pas qu'elle n'a pas droit de faire tout ça, ça m'est arrivé ça ! Je n'ai pas droit de le faire tout ça, mais autrement ça ne se passe pas mal. Et la question ne se pose plus maintenant. » [I_PA_2.23]

« Moi ce que je cherche c'est qu'on me donne ce dont j'ai besoin, les médicaments pour me soigner et les soins de la peau parce que je ne peux pas les faire moi-même, je ne peux pas me laver le dos. » [I_PA_2.27]

D'après les propos des personnes âgées, une aide de qualité doit être dispensée dans une vision globale qui leur permet de vivre normalement sans qu'elles aient l'impression que leur vie est découpée en morceau.

« Le service d'aide me sert à vivre le plus normalement possible » on voit que ce n'est pas un acte mécanique pour juste de faire le ménage ... » [I-PA_1.07]

« Il faudrait que la vie ne soit pas découpée en tranche. Une fois qu'on est passé dans la vieillesse, c'est comme les tranches de saucisson..., parce qu'après tout il faut survive. Survivre ça ne me plaît pas. ...tel que la vieillesse est vue maintenant, du point de vue physique, on est bien suivi, mais du point de vue deee, le reste c'est sectorisé. Tu es catholique tu vas chez les cathos, t'es, mais bon C'est à cause de l'idée qu'on a de la vieillesse en France. » [I_PA_2.21]

De plus, cette aide globale doit être personnalisée pour correspondre aux besoins réels de chaque personne et respecter ses choix, ses habitudes et son rythme de vie.

« Qu'on tienne compte du rythme journalier de chaque personne. La vie professionnelle m'a conduit à ce que je travaille la nuit, je me réveille tard la journée. » [I_PA_1.10]

« Je suis contente quand elle me lave le dos, les pieds, la tête ... Dernièrement elle est venue et elle m'a dit je vais vous donner la douche et je vous lave la tête. J'ai dit ah non pas les deux en même temps. Ce n'est pas possible. Parce que moi la tête mouillée je ne peux pas rester quand même. J'ai un séchoir, mais quand même ! » [I_PA_2.27]

f. La compétence des intervenants

Même si la majorité des personnes âgées insiste sur la qualité relationnelle, quelques personnes âgées évoquent aussi la compétence des intervenants dans leur manière d'exécuter les actes. Les personnes âgées observent donc la manière dont les intervenants travaillent, s'ils « *agissent proprement et intelligemment* ». Elles estiment que l'expérience favorise l'habileté des intervenants dans la réalisation de certaines tâches plus difficiles ou complexes et elles se sentent rassurées lorsqu'un intervenant est compétent et qu'il a de l'expérience.

« Pour qu'un service soit de qualité, les éléments importants c'est que nous ayons des personnes qui soient très compétentes, pour nous aider et qu'elles soient très compétentes, discrètes et très correctes. Ce sont des éléments, je pense, qui sont tout à fait généraux. » [I_PA_1.03]

Les gens qui ont une expérience, on le voit, plus ou moins dans le déroulement de ce qu'ils font. » [I_PA_1.18]

« Ses capacités d'agir proprement, gentiment, intelligemment ... J'ai eu une qui mettez son coude et son poignet dans le lavabo et je lui disais madame je ne suis pas un enfant, on fait ça pour baigner un bébé. » [I_PA_1.01]

« Il faut une personne compétente qui prenne soin de moi. J'ai peur de tomber encore. Je n'arrive pas toujours à marcher. » [I_PA_2.36]

« Déjà on se met à deux pour enfiler ces bas de contention, ce n'est pas simple, il faut ... enfin les personnes qui viennent sont jeunes, ils sont plus rapides parce qu'ils sont plus vifs et puis très très vite ils ont compris comment il faut procéder. Ça ne se passe pas très mal. Je regarde comment ça rentre bien dans le pied, deuxième chose : la manière qu'elle renfile. Ça se voit déjà, si elle a l'habitude de la technique, c'est beaucoup plus vite. » [I_PA_2.24]

« La compétence c'est aussi la capacité des intervenants à détecter ce qui ne va pas : Par exemple il y a des aides-soignantes, comment dirais-je, c'est la première qui avait déterminé que j'avais un œdème. » [I_PA_2.22]

Par ailleurs, la compétence s'apprécie par le travail qui est bien fait, que ça soit le ménage ou l'aide aux soins personnels comme l'aide à la toilette. Cependant, la compétence des intervenants ne se limite pas seulement à l'exécution des tâches complexes et instrumentales, elle est aussi recherchée par rapport à la capacité de l'intervenant à prendre de bonnes décisions rapidement et efficacement, à être attentif pour comprendre les problèmes de la personne aidée, à être flexible pour trouver des solutions aux problèmes de la personne et à la prise de distance entre lui et la personne sans toutefois se détacher de lui.

« Faire bien le travail, de façon que je ne sois pas obligé de passer derrière eux. » [I_PA_1.17]

« Et puis, être de qualité, il faut que les gens soient qualifiés, je suis toujours tombé sur des femmes qui faisaient bien le ménage. » [I_PA_2.21]

« Qu'elle ne cogne pas l'aspirateur contre le mur. » [IPA 1.14]

« Je pense que chaque cas est très particulier. Et je souhaite que chaque personne qui vient me voir perçoive pour ainsi dire instinctivement ce que je suis, ce que je souhaite et qu'ils y répondent. Par conséquent sensibilité et euh culture, euh euh capacité d'adaptation. » [I_PA_1.03]

« Ne pas avoir les gens qui ont un visage fermé ! Il ne faut pas avoir ni excès de réserve ni excès de familiarité. Espèce de dosage de respect de l'autrui avec un minimum de réserve, il y a des sujets très sensibles pour quelqu'un que l'on n'aborde pas comme ça ! » [I_PA_1.10]

« Plus calmement, plus gentiment, aimablement, et puis prendre la personne délicatement et non pas prendre la personne comme une heeu un vieux gaga, qui ne sait ni lire ni écrire, ça, ce n'est pas mon cas à moi. » [I_PA_2.36]

La distance entre personne aidée et intervenant nécessite la capacité d'adaptabilité de la part de l'intervenant, car chaque personne âgée ne souhaite pas avoir la même proximité avec l'intervenant.

Comme le soulignent les personnes âgées, chaque situation est « unique ». C'est un véritable enjeu pour les intervenants, car, cette adaptabilité exige la bonne compréhension de la part de l'intervenant qui considère la personne aidée en tant que sujet et qui comprend la situation vécue par elle pour mieux y intervenir. Ainsi, l'intervenant doit avoir et mobiliser à la fois sa double compétence, la compétence relationnelle dépassant de loin les seules qualités personnelles et la compétence opératoire (ou procédurale) qui permettent d'atteindre la véritable relation d'aide de qualité.

g. Les valeurs éthiques et morales

Plusieurs valeurs éthiques sont citées par les personnes âgées et concourent à la qualité de leur relation avec les intervenants, notamment la singularité, le respect de la personne, l'autonomie, le droit au choix. Néanmoins, les personnes âgées évoquent ces valeurs sans y attacher la même importance que celle des autres attributs des dimensions décrits ci-dessus.

h. Synthèse des points de vue des personnes âgées

Concernant les attributs de la qualité d'aide, la gentillesse de l'intervenant ainsi que l'échange entre la personne âgée et l'intervenant sont les plus fréquemment cités. De plus, ils sont évoqués par la majorité des personnes âgées pour définir un service de qualité. Au moins deux personnes sur trois veulent un intervenant qui soit gentil et avec qui elle peut avoir un échange de qualité. En outre, les personnes âgées souhaitent que l'intervenant soit aimable, c'est le troisième critère parmi les plus cités par les personnes interviewées. Ce n'est qu'en quatrième position que l'on retrouve un critère relatif à la qualité de l'aide instrumentale pour les activités de la vie quotidienne.

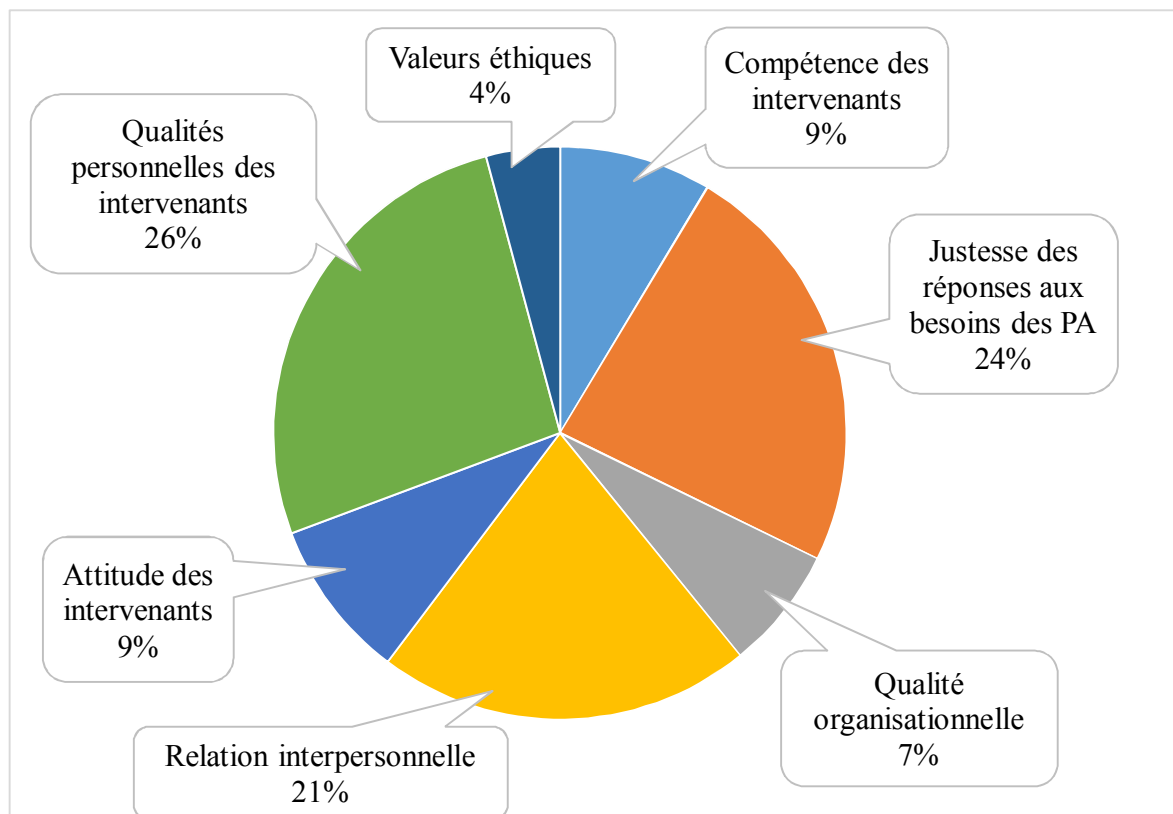
Sur 195 thèmes utilisés pour coder l'ensemble des verbatim des personnes âgées, ceux qui constituent la dimension *qualités personnelles des intervenants* sont les fréquents et représentent 26%. Même lorsque lorsqu'on prend en compte les éléments de l'analyse latente, cette dimension reste la plus importante des dimensions de la qualité de l'aide. La gentillesse, l'amabilité, la gaieté, la douceur et la politesse sont les principaux attributs de cette dimension. Elle est suivie par celle qui concerne la justesse des réponses aux besoins, ses principaux attributs sont : aide pour AVQ, présence de l'intervenant, propreté, aide pour sortir. En troisième position on y trouve la qualité de la relation interpersonnelle.

Par rapport aux autres dimensions, les personnes âgées insistent relativement moins sur la compétence des intervenants, la qualité organisationnelle et les valeurs éthiques.

En conclusion, l'analyse des verbatim des personnes âgées montre que le champ de la qualité relationnelle est plus important que celui de la qualité procédurale. Comme le montre le graphique 2, les personnes âgées évoquent fréquemment les attributs relatifs aux trois dimensions constituant le champ de la qualité relationnelle, à savoir, *qualités personnelles des intervenants*, *attitude des intervenants* et *relation interpersonnelle*, elles représentent plus de la moitié (57%) des attributs de la qualité relevés dans les discours des personnes âgées.

Graphique 2 : Importance des différentes dimensions de la qualité de l'aide selon les points de vue des personnes âgées

Proportion de récurrence des attributs des dimensions (n =720)



5.2.2 Points de vue des intervenants

Pour définir la qualité de l'aide, les intervenants s'inscrivent plus ou moins dans la même approche que celle des personnes âgées, ils évoquent les attributs des sept dimensions en insistant sur les critères liés aux attentes de la personne aidée et de ses besoins. Leur conception de la qualité se réfère, d'une part à leurs savoirs expérientiels basés sur les différentes situations rencontrées, d'autre part aux règles qu'ils se donnent pour réaliser une prestation d'aide de qualité et enfin aux normes éthiques et professionnelles qui leur sont prescrites.

En outre, il est à noter que les intervenants utilisent parfois des termes qui semblent appartenir à un discours convenu que l'on ne retrouve pas dans les propos des personnes âgées. Il s'agit notamment des expressions comme le « relationnel » et la « globalité ».

Les intervenants expriment leurs difficultés à définir précisément la qualité de leur pratique. C'est pour cela que la plupart d'entre eux préfèrent décrire leur façon d'agir afin d'expliquer ce qu'est la qualité pour eux. Pour cette raison, ils souhaitent que l'évaluation de la qualité de leurs interventions soit réalisée directement au moment de la prestation afin qu'elle rende compte de la qualité concrète qui ne peut se définir autrement.

Au total 150 thèmes différents ont été utilisés pour coder les verbatim des intervenants, tous faisant partie des sept domaines déjà cités. Ces thèmes sont en majorité les mêmes que ceux qui sont attribués aux propos des personnes âgées. Toutefois, les deux groupes (personnes âgées et intervenants) n'accordent pas la même importance aux mêmes attributs. Par exemple, les critères de la qualité relatifs aux exigences éthiques sont plus affirmés et plus spécifiques qu'ils ne le sont dans le groupe des personnes âgées.

Les intervenants reconnaissent que pour certains aspects de la qualité dont ils affirment leur importance, ils ont rarement les moyens nécessaires pour les atteindre. De même que pour les personnes âgées, ils considèrent que les critères de la qualité relationnelle sont essentiels pour la qualité de l'aide. La qualité organisationnelle fait partie également des dimensions de la qualité de l'aide souvent mentionnées.

a. Les qualités personnelles

La patience est l'une des qualités personnelles la plus citée par les intervenants. Pour eux, la patience fait partie des aspects d'un service de qualité, car c'est par elle que l'intervenant fait face aux situations difficiles souvent rencontrées et qu'il peut répondre aux besoins de la personne aidée. Ainsi, comme beaucoup d'autres qualités personnelles, la patience ne se manifeste concrètement que lors de l'action de l'intervenant par son attitude ou sa façon de procéder.

« Il faut prendre son temps, la patience, c'est le métier qu'on a choisi, il faut avoir patience et avoir un bon relationnel. » [I_PS_2.20]

« On n'est pas pareil, le travail qu'on fait est le même, mais le travail qu'on fait n'est pas pareil. On pense qu'on fait mieux, mais on n'est pas pareil, il faut être à l'écoute, être patient, sincère, gentil... » [I_AVS_1.22]

« Je pense que pour moi ce sont les trois choses très importantes, la première est la patience. » [I_AD_1.23]

Comme le montrent ces verbatim, les intervenants évoquent d'autres qualités personnelles semblables à celles citées par les personnes âgées. Il s'agit notamment de la *gentillesse*, de la *douceur*, de l'*empathie* et de la *délicatesse*. Elles sont considérées comme importantes pour dispenser un service de qualité, car ce sont ces qualités qui leur permettent de se faire accepter au domicile des personnes âgées, surtout celles qui sont parfois en refus d'aide. De plus, les intervenants considèrent qu'ils doivent être dotés des qualités personnelles qui les rendent sensibles aux problèmes de la personne âgée, afin qu'ils se sentent concernés par sa situation en l'acceptant telle qu'elle est.

« Il faut la qualité humaine et qu'il vous accepte à son domicile. Pour avoir leur confiance, il faut être disponible, il faut être souriante, aimer ce travail, avoir la patience, les rassurer. Il faut toujours leur parler, être à leur écoute. » [I_PS_2.19]

« C'est l'ensemble, je dirais ma gentillesse et ma disponibilité. Pas forcément ma technicité. » [I_PS_1.21]

« Il faut se mettre à la place de la personne, un peu d'empathie, une dame jeune, en fauteuil c'est normal qu'elle soit de mauvaise humeur. Ce n'est pas facile pour elle. Et ça a marché entre moi et elle, pourtant quand on parle d'elle, on la présentait comme une personne impossible et personne n'avait évoqué qu'elle est en fauteuil. Elle me réclame toujours, mais elle est lourde, je ne peux pas y aller tout le temps. » [I_PS_1.22]

Pour beaucoup des intervenants interrogés, c'est effectivement grâce à l'ensemble de ces qualités personnelles qu'ils parviennent à adopter une bonne attitude durant leur prestation d'aide qui rassure la personne âgée et la met en confiance.

b. L'attitude de l'intervenant

Les intervenants estiment qu'en plus de leurs qualités personnelles, ils doivent avoir une attitude et un comportement correct à l'égard de la personne âgée. Deux critères sont les plus dominants parmi ceux qui sont cités par la majorité des intervenants, à savoir *prendre du temps* et *être disponible* pour la personne âgée. D'autres critères de ce domaine ont été évoqués notamment *la présentation de l'intervenant*, *ne pas bousculer* la personne aidée, *être à l'écoute*, *l'acceptation des difficultés* rencontrées et avoir une *attitude réflexive* sur le travail fait.

« On est plus disponible, plus à l'écoute et on voit la personne différemment. » [I_PS_2.02]

« Oui la gentillesse c'est très important, l'écoute bien sûr, mais la gentillesse aussi. La disponibilité aussi, le temps. C'est plus ma disponibilité et ma gentillesse. » [I_PS_1.21]

« Il faut déjà être sensibilisé notamment à ce qui existe et se dire bah c'est difficile et d'avouer qu'il y a des choses difficiles. Parce que heuu, ça dépend aussi de son expérience dans le

champ du domicile et du handicap et de la vieillesse, etc. Des fois quand on n'a pas de recul par rapport à ce qu'on fait, on accepte des choses difficiles sans se dire bah il y a peut-être quelque chose à améliorer. On accepte les choses, mais on ne se pose pas vraiment des questions derrière en se disant tient peut-être il y a quelque chose qui pourrait être vu, ou finalement, est-ce que c'est normal que ça soit difficile ou c'est anormal ? C'est tout ce questionnement-là. » [I_PS_1.24]

Les intervenants n'accordent pas la même importance à leur attitude que celle qui lui est accordée par les personnes âgées, car certains considèrent que leur attitude est aussi influencée par celle de la personne qui les accueille ainsi que par leurs conditions de travail.

Certains positionnements divergents sont identifiables dans les propos des intervenants sur quelques critères comme le fait de prendre son temps. Pour plusieurs intervenants, prendre du temps est une question de volonté et d'attitude. Ils disent que prendre son temps est possible et nécessaire afin d'écouter la personne, lui parler et aller à son rythme. Cependant, ils reconnaissent qu'ils n'ont pas le temps pour « faire » l'ensemble des tâches qu'ils aimeraient faire.

Beaucoup de ceux ayant une expérience hospitalière trouvent qu'ils ont largement le temps à domicile comparativement à ce qui se passe en institution. Au contraire, ceux qui considèrent que le volume horaire conditionne leur attitude disent qu'ils n'ont pas le temps et qu'ils sont toujours pressés, car ils doivent finir ce qu'ils ont à faire. Ainsi, pour eux c'est plus les facteurs organisationnels qui sont en cause que leur attitude.

« Non à part le temps passé chez la personne, il faut prendre le temps ! » [I_PS_2.16]

« Il faut prendre son temps, la patience, c'est le métier qu'on a choisi il faut avoir patience et avoir un bon relationnel. Il faut laisser la confiance s'installer. » [I_PS_2.20]

Ça se passe bien. À domicile on a le temps, ce n'est pas comme dans la structure. C'est plus à la chaîne, plus vite. Je me souviens quand j'étais en formation, je prenais mon temps un tout petit peu et on dit vient on t'a expliqué qu'on n'a pas le temps, plus tard, plus tard quand tu auras le temps tu le feras. Tandis que là, on est à l'écoute, à stimuler, parce que chez eux il y a ceux qui refusent. Il y a un dialogue qui s'établit, une confiance qui vient et qui s'installe. Ça c'est bien là. » [I-PS-2.15]

« Ça va. Ça ne doit pas être évident. Donc j'essaye, ce n'est pas toujours évident. Après j'essaye de prendre le temps. Je préfère marcher vite pour aller voir mes patients et prendre le temps chez la personne. » [IPS 2.01]

« Nous ça arrive qu'on dépasse sur notre temps, en principe on a le temps sauf quand on a rencontré une situation difficile. En principe, on a le temps de prendre notre temps. » [I_PS_2.03]

« On a le temps, on a le temps pour notre travail. Notre planning est fait en fonction du temps. Moi ça fait presque deux ans que je travaille dans ce service ? Si moi j'ai le temps, pourquoi pas l'autre n'a pas le temps ? » [I_PS_2.20]

Tout en reconnaissant la singularité et les efforts de chaque professionnel dans l'exercice de sa fonction, les intervenants sont conscients aussi de leurs limites pour dispenser un service de qualité. Ils soulignent qu'elle peut parfois ne pas correspondre à ce que la personne souhaite ou à ce qu'eux voudraient lui apporter.

« Une personne qui vient, qui ne parle pas, la personne âgée va être très très mal. Il va vraiment mal vivre les choses. Ce n'est pas le soin technique en lui-même qui est important. Mais bon on a été formé pour ça, on a des techniques pour faire un tel soin. Nos diplômés ce n'est pas pour rien, mais le relationnel par contre, on n'a jamais été vraiment formé pour ça. C'est le soin technique point barre. Sauf que ce n'est pas ça, c'est autre chose, il y a ça certes, mais si le reste on le fait ça ne fonctionne pas ; on peut rendre quelqu'un très malheureux parce qu'on a un mauvais contact avec lui. » [I_PS_2.08]

c. La relation interpersonnelle

Les intervenants considèrent que la personne âgée apprécie plus d'être en interaction avec un intervenant que d'avoir seulement un « service matériel et technique ». Les perspectives des intervenants sur la qualité de l'aide concordent avec celles des personnes âgées sur plusieurs attributs considérés comme des critères de la qualité.

Ils reviennent souvent sur la *communication respectueuse et positive*, l'*écoute* et l'*échange* entre eux et la personne âgée. Ils évoquent également la *confiance*, *être affectueux* envers la personne âgée, établir une *relation positive*, *être présent* et *être attentif* à ce que la personne âgée leur dit et à ce qu'ils lui répondent. La notion de « *bon contact* » revient souvent dans leur propos, ils soulignent qu'« *avoir un bon contact* » est important, dès leur première rencontre avec la personne âgée et pendant toute la durée de leur prestation.

« Ça se fasse par la communication, les encouragements, voilà moi je base tout sur la communication. Je dirai que c'est primordial, mais malheureusement à mon avis ce n'est pas mis en avant, alors que c'est la base de tout. Ça, c'est mon avis ! La communication c'est vraiment la base de tout, c'est pour cela que je trouve qu'à ce niveau-là on est en dessous de ce qu'on pourrait faire. » [I_AD_2.05]

« Les personnes âgées attendent qu'on soit à leur écoute, et qu'on fasse correctement notre travail. C'est-à-dire qu'on ne les bouscule pas, qu'on les écoute, qu'on fasse les soins, mais heuu ne pas être bousculé. En même temps j'ai envie de dire ça dépend des gens. Comme je vous ai dit, il y a des limites. » [I_PS_2.03]

« Il faut être à l'écoute, il faut l'aider dans ce qu'il nous demande. Lui faire de bons soins. C'est-à-dire qu'elle est contente du travail que j'accomplis. Prendre du temps, ne pas bousculer la personne et puis discuter. Des fois elle ne voit que nous dans la journée. » [I_PS_2.16]

« Il faut savoir les comprendre, ils savent mieux que nous les personnes âgées. Mais elles ont besoin de nous. Je souris, je lui demande si ça va et en souriant, en essayant de la toucher, on sent que c'est le paradis pour elle, je sors de chez elle vraiment bien parce que j'ai vécu de bonnes choses avec elle. » [I_AVS_1.22]

« Moi je les change, je fais les toilettes, je fais l'hygiène, des fois je leur donne le petit déjeuner et leur médicament, et puis il y a aussi le relationnel qui compte ; je parle beaucoup avec eux. Discuter, parler, rigoler. » [I_PS_1.23]

Bien que les termes utilisés pour qualifier une relation de qualité se réfèrent souvent aux aspects concrets de la relation, parfois les intervenants emploient « *le relationnel* » comme terme désignant la réalité relationnelle vécue auprès de la personne âgée, mais qui reste indicible et échappe à toute technicité et objectivation. Toutefois, il peut être utilisé comme une expression de convenance, un code professionnel, auquel chacun peut recourir pour désigner la mission qui lui est prescrite.

« Bah, le relationnel c'est beaucoup avec les personnes âgées, il faut beaucoup leur parler. Il y en a heuuu, des fois, ce n'est même pas pour les toilettes, c'est beaucoup parler, ils aiment bien parler, les écouter, rigoler, parler avec eux. Même si on parle de beau temps, c'est toujours une conversation. » [I_PS_1.23]

« Je pense le relationnel, les soins relationnels plus que les soins techniques. Une fois qu'on a un bon contact avec le patient on parle de sa vie, de l'actualité, de choses et d'autres, la personne oublie vraiment ce qu'on est en train de faire et ça, c'est important. Parce que c'est très gênant que quelqu'un vienne, voilà, on fait une toilette, c'est très gênant pour tout le monde. Il faut faire abstraction sur ce qu'on fait et d'amener la personne autre part. » [I_PS_2.08]

Certains intervenants déclarent accorder peu d'intérêt à « *l'aide technique* », car ils considèrent que ce n'est pas ce que les personnes âgées attendent d'eux en premier. C'est pour cela qu'ils voudraient être dans des conditions de travail qui leur permettent d'apporter à la personne aidée autre chose que le ménage ou lui faire la toilette.

« En général on parle beaucoup avec des gens, ils peuvent nous dire ce qu'ils ressentent. Le soin en lui-même c'est, heuu, pour eux ce n'est pas l'acte lui-même qui est important, c'est tout ce qui est autour. C'est le relationnel, c'est le contact qu'on a avec eux, c'est le respect qu'on a envers eux. » [I_PS_2.18]

« Que ça soit ce que la personne âgée désire. C'est ce qu'elle veut, avant tout. Je pense que les gens veulent aussi être écoutés, elle a besoin de discuter, d'être là. Elles n'ont pas besoin

qu'entre parenthèses, on fait le repassage, le ménage, bien sûr que tout ça, elles en ont besoin, mais elles ont besoin qu'on les écoute et qu'on puisse discuter avec elles. Certaines n'ont plus de vie sociale, avec l'extérieur, elles ont besoin d'avoir des discussions, de voir qu'on se rend compte qu'elles excitent encore. Qu'on n'est pas là que pour le ménage. » [I_AVS_1.21]

« Je privilégie la communication et le temps ça c'est dommage qu'on n'a pas plus de temps. Il faut aller plus vite parce qu'il faut avoir fini donc j'estime qu'on ne fait pas des toilettes pour chiens. Si un patient n'a pas voulu que je lui fasse une toilette, on va prendre un café tous les deux et à la fin je lui demandai s'il veut se raser et je fais le rasage, et toilette intime. On n'est pas là pour faire le forcing quoi. Ce n'est pas comme ça que je procède. Je lui parle, je demande comment elle a passé la nuit. C'est important la toilette, mais ce n'est pas forcément l'essentiel dans tous les cas. » [I_PS_1.21]

En outre, les professionnels expliquent qu'ils doivent aller au-delà des instructions marquées sur leur fiche de missions ou « *de ce qui est inscrit dans les manuels* » afin de réaliser un service de qualité.

« C'est marquer faire le repas on va faire le repas, mais on ne va pas non plus s'arrêter là. Même si ce n'est pas marqué, communiquer avec la personne, mais on va le faire. » [I_AD_2.05]

« Je fais attention à tout. L'intimité parce que c'est ça qu'on nous apprend à l'école. Mais à domicile, on entre chez la personne, donc bah on va dire si ça lui plaît de mettre une crème sur le visage, ne pas mettre le savon pour laver le visage on va respecter ça. On dépasse la technique. Voilà à domicile on dépasse la technique des manuels. » [I_PS_2.02]

Enfin, les intervenants expriment leurs sentiments d'échec face au refus de leur service. Par ailleurs, ils évaluent la qualité de leur service par rapport à leur capacité à satisfaire les demandes des personnes âgées, seuls témoins de leur travail. Par conséquent, ils doivent être corrects envers elles, s'adapter à leurs habitudes et être flexibles pour mieux répondre à leurs besoins.

d. La justesse des réponses aux besoins de la personne

En plus de la dimension relationnelle, les intervenants à domicile estiment qu'un service de qualité est celui qui répond précisément aux besoins des personnes âgées. Parmi les besoins évoqués par les intervenants il y a évidemment les besoins d'aide aux activités de la vie quotidienne comme l'aide à la toilette, faire le ménage et la cuisine.

La sécurité de la personne est considérée aussi comme l'un des besoins très importants pour les personnes âgées. Beaucoup d'intervenants rappellent que la personne âgée a besoin

d'être rassurée en ce qui concerne notamment sa santé et la disponibilité des intervenants, elle n'est pas la seule à rassurer, son entourage en a aussi besoin.

Concernant l'entourage de la personne aidée, les professionnels indiquent qu'il faut prendre en compte également ses demandes, donc leur service d'aide ne se limite pas seulement à la personne âgée. Néanmoins, ils soulignent que parfois les demandes des familles vont à l'encontre de la volonté de la personne âgée, cela ne leur facilite pas la tâche pour définir les réponses qu'ils leur proposent. Ils sont parfois obligés de ruser pour satisfaire les demandes des deux parties : personne âgée/famille.

« La sécurité ça, c'est vraiment l'élément essentiel, ça j'ai appris avec les jeunes enfants donc là c'est vraiment la sécurité. Qu'elle ait toujours quelque chose à boire et à manger à côté, et puis qu'elle ne soit pas isolée. Ça, c'est important. Que quand je ne suis pas là qu'il y ait d'autres professionnels qui puissent venir, qui puissent intervenir. Ça, c'est important. »
[I_AD_2.05]

« Faire attention que la personne ait une canne lors de ces déplacements, bien la maintenir pour éviter qu'elle tombe, et dans les transferts faire attention et voir si les freins sont bien mis, pour les verticalisateurs qu'on vérifie bien que les sangles sont bien attachées, etc. »
[I_PS_2.16]

« Il faut les rassurer, et qu'ils se sentent qu'on s'occupe bien d'eux. » [I_AD_1.24]

Parmi d'autres besoins évoqués, les intervenants estiment qu'il est indispensable d'assurer le lien social des personnes âgées en les aidant à sortir de chez elles et à participer à certaines activités de loisir, par exemple aller au cinéma ou aller dans une bibliothèque du quartier pour les passionnés de lecture, etc. Hormis les difficultés des personnes âgées à se déplacer, souvent les intervenants déclarent manquer de temps pour les accompagner. Pour certains, ils essaient parfois de le faire en dehors de leur temps de travail, sinon ils jouent des intermédiaires avec les associations qui peuvent s'en occuper.

La majorité des intervenants précisent par ailleurs que leur aide doit être globale pour répondre aux besoins réels de la personne, l'aide doit ainsi être personnalisée. La qualité de l'aide est aussi de s'occuper non seulement de la personne âgée, mais aussi de son environnement. Il faut être à la fois à l'écoute de la personne et observer son environnement physique et social afin de mieux identifier les besoins, les comprendre en fonction de la situation de la personne et y répondre de façon appropriée.

« La qualité de l'aide c'est la prise en charge globale, pour moi c'est ça. Il n'y a pas que rentrer chez la personne et faire, c'est-à-dire laver, habiller et sortir. Il y a l'écoute, savoir ce que la personne vit, écouter la personne ce qu'elle vous raconte et analyser ce qu'elle vous dit. C'est à dire bien prendre en compte ce qu'elle vous dit. Pour moi, la bonne prise en charge il y a la santé, l'environnement, l'entourage il y a le vécu, c'est tout quoi ! » [I_PS_2.11]

« C'est-à-dire maintenant ce n'est plus que ma vaisselle que je vais faire, ce n'est plus la cuisine que je vais faire, ce n'est pas seulement son lit, je vais pouvoir m'occuper de la personne même. De son état physique, de sa santé surtout, de son hygiène corporelle ça c'est un plus. Cette fois-ci on va pouvoir aider la personne, l'écouter, voir ce qu'elle perçoit. » I_PS_2.20

« On est « aide à domicile », mais il faut surveiller. On doit faire attention aux maltraitances dans les couples aussi. Pas facile, il faut prendre du recul, savoir la maladie de la personne. Une observation du domicile, quand il n'y a personne, même si les enfants viennent, il faut faire attention pour que tout ne disparaisse pas. » [I_AVS_1.2]

Les intervenants pensent que l'aide est de qualité si elle permet à la personne âgée de retrouver du sens à sa vie et de rester le plus longtemps possible à son domicile, car c'est son premier souhait. C'est pour cela qu'ils s'autorisent parfois à prendre des initiatives qui dépassent leur mission telle qu'elle est prescrite par leur hiérarchie pour tenter d'atteindre ces buts.

e. Les valeurs éthiques

Plusieurs intervenants se réfèrent aux valeurs éthiques pour décrire les attributs de la qualité. Le respect fait partie de celles qui sont fréquemment citées, il est considéré comme une exigence professionnelle qui permet d'atténuer les effets négatifs de la présence des professionnels au domicile des personnes âgées. Cette présence est souvent vécue par les intervenants ou par les personnes âgées comme une intrusion. D'autre part, il peut faire l'objet d'un besoin de la personne âgée qui demande à être respecté. Ainsi, respecter la personne consiste à répondre à une exigence morale et à un besoin de la personne.

Le respect de la personne réfère à plusieurs aspects qui sont mentionnés, il faut respecter ses habitudes, ses souhaits, son rythme de vie, son autonomie, etc.

« Il faut les respecter, ce sont des gens qui n'aiment pas qu'on bouge leurs habitudes. » [I_AVS_1.21]

« Que ça soit ce que la personne âgée désire. C'est ce qu'elle veut, avant tout. » [I_AVS_1.21]

« Il faut respecter le choix de la personne, savoir aussi ses limites. Accepter aussi comment elles vivent, on n'est pas là pour les juger. Ce sont des générations qui ont d'autres modes de vie, qui ont connu la guerre. Peut-être que prendre la douche tous les jours n'est pas leur habitude. On entre chez eux il faut qu'on s'adapte à eux. » [I_PS_2.01]

« Pour certains il ne faut pas les contrarier, respecter les idées religieuses, leurs idées par rapport à la vie qui ne sont pas les mêmes que nous, ... elles se sont forgé les convictions avec le temps, il faut les respecter. Aujourd'hui on ne pense pas tout à fait comme autre fois. Il faut respecter leurs idées à elles. » [I_AVS_2.04]

« À l'hôpital, c'est toute autre chose, quoiqu'à l'hôpital il faut respecter la personne aussi, mais c'est quand même différent parce que ce n'est pas la même dimension. Les patients viennent à l'hôpital, ils savent que pendant un certain temps, ça va être comme ça. Pas pour tout le temps. À domicile, c'est différent, on est intrusif chez les gens donc il faut respecter tout ! Voilà. » [I_PS_2.02]

Contrairement à l'hôpital, où la personne reste un temps limité avec un certain nombre de conditions qu'elle s'engage à respecter, les professionnels pensent qu'au domicile ce sont eux qui doivent se conformer aux exigences de la personne qui les accueille chez elle, à ses habitudes et à sa volonté.

« Je vois des comportements en secteur hospitalier pour moi c'est difficile, ce genre de truc vous ne pouvez pas le faire à domicile, parce que qu'est-ce qui se passe, le lendemain la personne elle ne vous ouvre pas la porte, il faut vraiment établir une relation de confiance, de respect mutuel. » [I_PS_1.24]

« Très souvent on impose beaucoup de choses à l'hôpital aux gens. Alors que quand on est à domicile, les gens sont chez eux, c'est nous qui entrons chez eux donc on est amené à nous adapter. Alors qu'à l'hôpital c'est plutôt le patient qui s'adapte à l'hôpital. Donc moi ça ne m'a pas surpris. » [I_PS_2.03]

Dans ce sens, les professionnels ayant de l'expérience hospitalière pensent que le respect est plus assuré au domicile qu'à l'hôpital. Bien que ce discours prouve l'intérêt que les professionnels accordent au respect de la personne, notamment en considérant ses choix, en même temps ils évoquent plusieurs limites de leur volonté. Surtout quand il s'agit de respecter son choix par rapport à son rythme de vie ou à sa sécurité. Les discours ambivalents concernant ces notions ont été constatés, par exemple lors de l'évocation de la sécurité comme l'un des impératifs de la qualité.

Enfin, il est à préciser que certains concepts qui sont employés quotidiennement comme « risque », « danger », « droit au choix et au risque », « autonomie » et « dépendance » sont parfois moins intelligibles pour certains intervenants et chacun cherche à trouver sa propre compréhension en fonction de l'éthique de sa pratique. Ils n'hésitent pas d'ailleurs à réclamer plus de formations pour mieux comprendre leur contenu et enjeu sur le plan éthique.

f. La qualité organisationnelle

Parmi les attributs de la qualité relatifs à cette dimension, les plus évoqués par les intervenants sont : communication et échange d'information, planification des tournées, travail d'équipe et la collaboration avec les autres structures.

i. Communication

La communication est nécessaire non seulement entre les intervenants d'une même structure, mais aussi ils doivent communiquer avec les autres prestataires qui interviennent chez la personne prise en charge. Les intervenants estiment qu'ils ont plus d'informations que leurs supérieurs hiérarchiques, d'où la nécessité d'avoir une organisation et des outils facilitant la communication et la transmission d'informations entre les deux niveaux.

« Si si c'est bien. On se rend compte quand on a quelque chose qui ne va pas. On se consulte...on signale ce qui ne va pas, il faut tout remonter. » [I_PS_2.15]

Ce qui est super important c'est la communication, le travail de la communication entre les différents services c'est primordial. C'est ce qui m'a impressionné quand je suis arrivée ici ; je n'avais jamais vu ça ailleurs. J'étais étonnement surpris !! La communication elle est essentielle ! Sans ça ce n'est pas possible. Ça se fait de manière différente, on a des réunions communes par rapport au service d'aide et le SSIAD. C'est une fois par mois, mais à chaque information, on arrive à avoir l'information. Ça circule beaucoup à l'oral, mais c'est important. » [I_PS_1.24]

« Communication transversale fluide et simple avec des outils communs, dynamique, vivante. » [I_PS_1.25]

« Mais pour que les professionnelles puissent aller sur la globalité, il faut la communication, la sensibilisation et la formation. Après il reste facteur temps et là c'est incompressible ! » [I_PS_1.24]

« C'est le domicile, c'est nous qui sommes transporteurs des informations, on va trouver une personne seule qui a passé la nuit seule. On est responsable, on est sur le terrain, il faut être capable de détecter ça. » [I-PS_2.20]

ii. Planification

Pour les professionnels, un service d'aide de qualité est celui qui est bien programmé de façon qu'ils aient assez de temps pour réaliser l'ensemble des tâches, mais aussi rester un peu plus longtemps avec les personnes âgées quand il le faut, car elles ont besoin de la présence.

iii. Travail d'équipe et collaboration interprofessionnelle

En outre, le travail de qualité ne peut pas être réalisé par une seule personne, la qualité c'est aussi un travail réalisé en équipe. L'importance de la collaboration multidisciplinaire a été soulignée par les intervenants en particulier la place de l'Ergothérapeute au sein de leur équipe. Ils disent que sa présence facilite l'adaptation du logement et la mise en place du matériel de mobilisation pour les personnes qui en a besoin.

La collaboration ne doit pas se limiter aux seuls professionnels d'une même structure, ils doivent communiquer avec ceux des organisations prestataires et se concerter pour mettre en place le plan d'aide efficace et assurer la continuité d'aide.

« D'abord plus de temps pour rester avec eux un peu plus longtemps. La qualité j'ai envie de dire c'est aussi le travail d'équipe, c'est faire intervenir l'ergothérapeute, la psychologue, ce sont des gens comme ça, c'est la pédicule... » [I_IAVS_2.02]

« Au domicile il faut une équipe soudée [ton appuyé]. C'est bien on travaille seul, on travaille à la fois en équipe. Parce que le patient lui-même voit, dans la majorité des cas plusieurs soignants. Il faut une cohésion entre l'équipe pour savoir ce qui a été fait, ce qui n'a pas été fait, et surtout transmettre les informations pour les besoins du patient. » [I_PS_2.02]

iv. Suivi régulier des acteurs de terrain

Le suivi régulier, à la fois des intervenants et des personnes âgées, est un attribut que les deux acteurs de terrain s'accordent. Ils pensent que ce suivi permettrait à tous ceux qui participent à l'organisation de l'offre de services d'aide à avoir une bonne connaissance des situations réelles du domicile et de proposer des solutions appropriées. Cependant, les intervenants considèrent qu'actuellement leur suivi et celui des personnes âgées ne sont pas satisfaisants. Par conséquent, leur hiérarchie ignore la réalité de leurs conditions de travail et les besoins des personnes âgées. Ils se sentent « largués » sur le terrain, ils rapportent ne pas bénéficier de soutien nécessaire lorsqu'ils sont confrontés aux difficultés. En conséquence, ils doivent compter souvent sur leurs propres ressources pour assurer un service de qualité.

« Pour vous dire, on est franchement un peu largué. C'est nous qui sommes obligés d'aller vers les responsables, eux ne viendront jamais nous demander comment on a ressenti les choses. Et ça, c'est dommage. » I_PS_2.18

v. Autres attributs de la qualité organisationnels

Parmi d'autres facteurs organisationnels, les intervenants évoquent la ponctualité, la régularité, le dynamisme du service, le suivi de l'évolution des besoins de la personne aidée ainsi que la réactivité du service prestataire au changement de ces besoins.

g. La compétence des intervenants

La plupart du temps, les intervenants sont seuls lors de la dispensation de services au domicile. Ainsi, ils indiquent qu'un service d'aide de qualité requiert plusieurs compétences de leur part sur le plan relationnel, organisationnel et procédural. Il faut être compétent pour :

- motiver la personne âgée à participer aux activités quotidiennes afin de préserver ses capacités fonctionnelles,
- comprendre certains comportements des personnes âgées nécessitant telle ou telle attitude,
- interagir avec les personnes aidées en tenant compte de leurs caractères et leurs personnalités,
- faire le geste qu'il faut en cas d'urgence,
- réaliser les actes qui répondent à certaines normes techniques,
- détecter les problèmes et donner des conseils,
- prendre de bonnes initiatives en fonction des besoins de la personne,
- trouver des « *astuces* » pour mieux aider la personne et lui proposer des solutions personnalisées.

Cela requiert l'analyse, l'observation, la compréhension et l'interprétation de la situation, complexe et changeante, de la personne aidée. Tout en étant flexible et en prenant les initiatives, l'intervenant doit savoir les adapter en fonction des limites de la personne âgée et de ce qu'elle est capable de faire selon ses capacités physiques et intellectuelles lui restant.

Malgré le temps limité et les situations diverses, un intervenant compétent s'adapte au rythme et aux besoins de la personne aidée. Il l'aide à faire, mais il ne fait pas à sa place ce qu'elle est encore capable de faire. Il lui donne des conseils ne serait-ce que pour les choses simples, par exemple porter les chaussons appropriés pour éviter les chutes, encourager la personne à se mobiliser pour éviter les escarres, etc. Il réussit à personnaliser l'aide qu'il apporte à la personne âgée.

Grâce à l'expérience et la compétence, l'intervenant gère mieux son temps, il peut prévoir ses interventions ultérieures et anticiper certaines situations qui risquent d'être problématiques pour la personne âgée. Il peut gérer mieux certains comportements d'agressivité ou de refus de l'aide tout en respectant les souhaits et le choix des personnes aidées sans les contrarier ni les bousculer. Les intervenants précisent que la compétence c'est aussi connaître ses « *limites professionnelles* » tout en gardant une certaine flexibilité par rapport à ce qui est prescrit qui parfois n'a pas de rapport avec la situation réelle de la personne aidée.

« Non on sait qu'on doit les faire manger, après c'est à nous de se débrouiller pour qu'elles acceptent. S'elles ont besoins d'une aide quelconque c'est à nous de trouver des solutions pour qu'elles aient recours aux aides qui leur sont nécessaires. Ne serait-ce qu'essayer c'est positif. » [I_AVS_2.04]

« Pour que le service soit de qualité je me dis il faut du personnel compétent et diplômé. C'est la première base. Si vous avez du personnel compétent, impliqué dans ce qu'il fait, je pense qu'après c'est l'annexe ce qui vient derrière. » [I_PS_2.14]

« C'est laisser faire les gens. Pour moi le maintien à domicile c'est ne pas faire à leur place, c'est faire ce que les personnes âgées ne peuvent plus faire ou les aider à faire ce qu'elles ne peuvent plus faire seuls. Se mettre à leur niveau pour les aider, c'est-à-dire à leur rythme. C'est-à-dire qu'on les laisse faire, c'est vrai que c'est moins rapide que nous. Donc effectivement, il faut trouver le juste milieu avec le temps qu'on a à leur consacrer et le temps qu'il faut si vous voulez pour ne pas faire à leur place. C'est-à-dire pour ne pas leur enlever ce qui leur reste d'autonomie. Il faut trouver le juste milieu. » [I_PS_2.03]

« Oui. Il faut toujours l'imagination on n'est pas à l'hôpital..., trouver une idée d'accrocher la télé alarme parce qu'elle n'est pas à sa portée. » [I_PS_2.01]

« Ah oui, il faut être créatif, parce que si vous restez sur je fais ça point barre, ça ne marchera jamais, parce que vous pouvez avoir un problème. Vous avez un médecin qui passe, des amis, etc., il faut même à la rigueur prendre de l'avance pour la semaine d'après pour gérer mieux encore. Parce qu'on n'est pas à l'abri d'un truc qui arrive. On peut avoir tout qui arrive à cet âge. » [I_AVS_1.21]

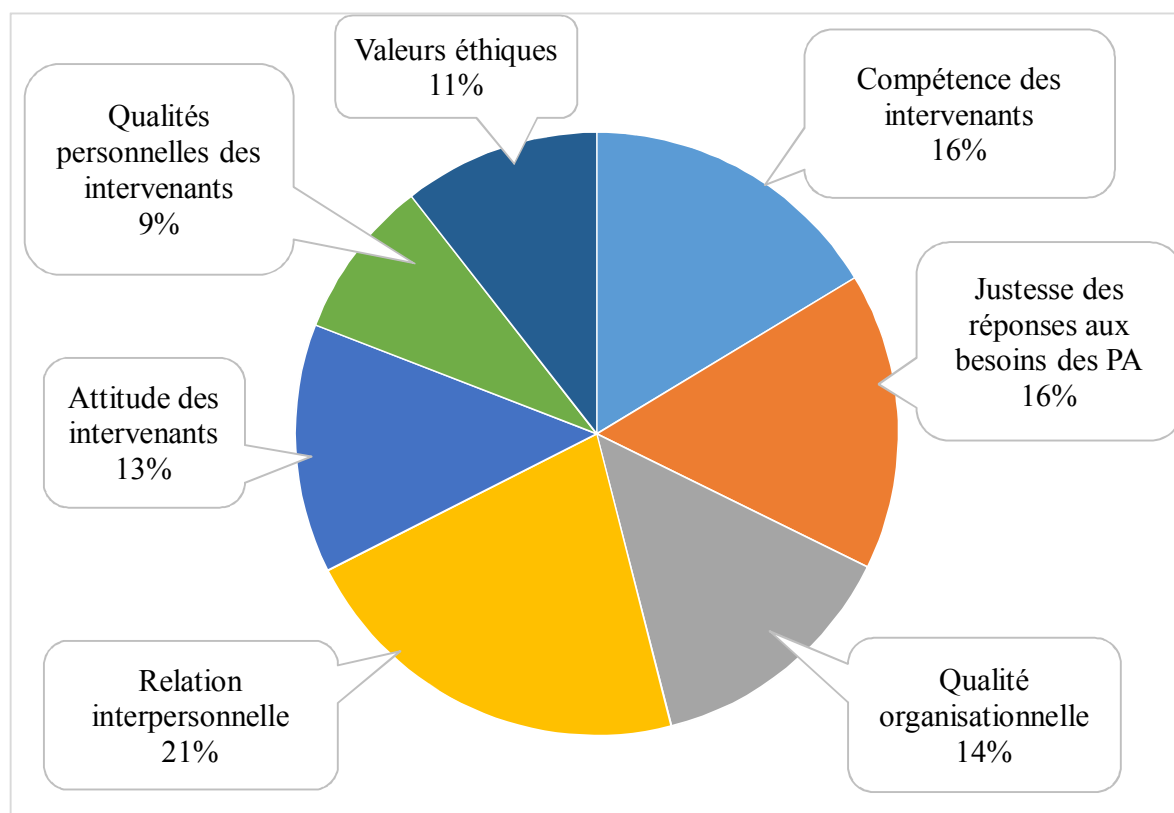
h. Synthèse des points de vue des intervenants

Parmi les attributs de la qualité évoqués, la majorité des intervenants mentionne en premier lieu le fait d'être à l'écoute de la personne. L'échange entre personne âgée et intervenant arrive en deuxième position. Cependant, pour ce qui est de la récurrence de ces attributs, l'échange est le premier critère de la qualité fréquemment cité. Le relationnel vient en troisième position, suivi par le respect de la volonté de la personne aidée.

En ce qui concerne les dimensions de la qualité, c'est la relation interpersonnelle qui est la dimension la plus importante en termes du nombre des attributs les plus évoqués par les intervenants (Graphique 3), elle est suivie par celle de la compétence, celle de la justesse des réponses aux besoins de la personne âgée vient en troisième position. Parmi les attributs de la dimension de la relation interpersonnelle, l'échange entre les intervenants et la personne âgée est le plus cité, suivi par le relationnel et la relation de confiance. Contrairement aux personnes âgées, les intervenants insistent moins sur leurs attitudes et encore beaucoup moins sur leurs qualités personnelles. Toutefois, les dimensions constituant le champ relationnel restent majoritaires (43%) comparativement à celles des autres champs, procédural et transversal représentant respectivement 30% et 27%.

Graphique 3 : Importance des dimensions constituant la qualité de l'aide selon les points de vue des intervenants

Proportion de récurrence des attributs des dimensions (n=520)



5.2.3 Points de vue des gestionnaires

De même que les autres acteurs, personnes âgées et intervenants, les gestionnaires estiment que les attributs relatifs à la qualité relationnelle sont indispensables pour un service d'aide de qualité. Pour eux, la première mission des intervenants est principalement de s'occuper de la personne, non pas celle de faire des actes instrumentaux notamment ceux du ménage et des courses. En revanche, les gestionnaires insistent plus souvent sur les aspects organisationnels.

La plupart des gestionnaires interrogés évoquent les mêmes critères concernant l'attitude et la compétence de l'intervenant alors que pour ce qui concerne l'organisationnel, les critères sont plus diversifiés et chaque gestionnaire exprime ses propres priorités. Le travail en équipe et la communication sont les seuls attributs qui sont partagés par l'ensemble du groupe.

L'attitude de l'intervenant est très appréciée, c'est à dire être à l'écoute de la personne âgée, prendre du temps, être respectueux, etc. Plus que les autres acteurs, les gestionnaires définissent la qualité de l'aide en évoquant les valeurs éthiques qui doivent être la base du travail des intervenants.

Les détails de plusieurs attributs de la qualité exprimés par les gestionnaires ne sont pas redéveloppés, car déjà évoqués dans la présentation des résultats des deux précédents groupes. Seuls sont détaillés ceux qui apportent de nouvelles perspectives de compréhension.

a. Les qualités personnelles

Les gestionnaires ont très peu cité les critères relatifs aux qualités personnelles. La discrétion a été le seul attribut qui a été évoqué par au moins la moitié des gestionnaires interrogés, les autres caractères personnels sont rares dans leurs discours. Sinon, ils les associent directement au comportement et à l'attitude que les intervenants doivent adopter quand ils sont chez la personne âgée.

On constate que lorsqu'ils évoquent les qualités personnelles, elles sont rationalisées, par conséquent, elles deviennent une sorte d'attitude réfléchie impliquant la compétence de l'intervenant. La plupart des gestionnaires rencontrés pensent que les intervenants doivent

savoir « gérer » leurs réactions et leurs *affects* sans se laisser entraîner par leurs émotions ou celles des personnes âgées. En quelque sorte, ils exigent une sorte de *neutralité émotionnelle*.

Dans ce sens, la façon dont les gestionnaires s'expriment laisse penser qu'ils accordent peu d'importance à l'authenticité des qualités personnelles, mais plus à la façon dont elles sont gérées face aux stimuli liés à la situation rencontrée. Certains reconnaissent que la gestion et la maîtrise de ses réactions sont difficiles, il est constaté beaucoup d'hésitations dans leurs propos contrairement à ceux des personnes âgées et des intervenants qui voulaient vivre en réagissant de la façon la plus authentique possible.

« J'aimerais qu'ils aient tous la capacité d'empathie, et qu'ils, en gros, enfin qu'ils [silence], sans se projeter, que ce que je n'aimerais pas qu'on me fasse, comment j'aimerais qu'on soit avec moi. » [I_G_2.21]

« Moi je pense que, oh non, il y en a qui n'ont pas cette logique là ou qui n'arrivent pas à mettre tout le temps, c'est-à-dire qu'il y a aussi euh euh trop deeeee, bref ils sont trop parasités par euh euh leurs affects ou par leurs histoires, leurs problèmes, ou ils s'en foutent quoi des fois ! Alors ce n'est pas évident d'être dans une relation empathique tout le temps quoi ! C'est normal, ce n'est pas naturel. C'est ça c'est difficile moi j'essaie de leur expliquer qu'ils sont payés pour ça, hein que si la dame elle dit qu'il ne revient pas, ils sont quand même payés pour ça ! Ils sont payés pour faire attention à elle ! Ce n'est pas évident ! » [I_G_1.03]

b. L'attitude de l'intervenant

Pour que l'aide dispensée à la personne âgée soit de qualité, les gestionnaires partagent les points de vue des autres acteurs, ils considèrent que l'intervenant doit avoir une *attitude correcte* au moment de sa prestation afin d'inspirer la confiance et l'assurance à la personne âgée.

D'après les gestionnaires, l'attitude de l'intervenant ne doit pas être celle d'une personne pressée, il doit *prendre son temps* et *être disponible* pour la personne aidée. Il doit s'adapter au rythme de la personne âgée, lui montrer son empathie et sa volonté de la faire participer aux différentes activités selon ses capacités physiques et cognitives.

Pour que cela puisse être possible, ils considèrent que la relation de confiance entre les intervenants et les bénéficiaires d'aide est indispensable. Donc pour eux une écoute active et bienveillante ainsi que la communication de qualité sont importantes, car elles permettent aux

personnes âgées d'exprimer leurs besoins et favorisent leur implication dans le processus de décision concernant leur prise en charge. Par conséquent, elles se sentent aidées et considérées.

« Je dirai la façon que se comporte le soignant. Il y a les soignants qui vont être très attentifs à l'écoute et d'autres soignants qui vont faire ce travail un peu à la chaîne comme si c'était n'importe quel travail. » [IG 2.21]

« Les personnes dépendantes ne sont pas dans l'urgence, aux actes dynamiques, ils sont dans un temps long ! Il faut leur accorder ça ! Sinon on les bouscule. On n'arrive pas en tenue blanche, je te nettoie tout l'appartement en une demie heure puis je m'en vais, je n'ai pas eu le temps de te dire bonjour quoi ! fin, c'est affreux quoi ! Soit, tu changes l'appellation parce que dans ce cas ce n'est plus "accompagnement" aussi. On est en train d'accompagner on n'est pas en train de faire quelque chose pour quelqu'un d'autre. Et ce n'est pas un service de courtier qui fait ça ! Non ce n'est pas possible ça ! » [I_G_1.03]

b. La relation interpersonnelle

La qualité relationnelle telle qu'elle est évoquée par les gestionnaires porte essentiellement sur la communication entre l'intervenant et la personne âgée. On retrouve les propos des gestionnaires similaires à ceux des intervenants dans un discours de convenance qui est moins concret que le discours des personnes âgées. Ils citent souvent « *le relationnel* » sans que celui-ci ait un contenu plus explicite.

Cependant, les gestionnaires donnent quelques critères concernant cette dimension de relationnel. Un bon accueil de l'intervenant, un bon échange entre personne âgée et intervenant ainsi que ce qu'ils qualifient d'*apport humain* de la part de l'intervenant sont indispensables. Il doit toujours être à l'écoute de la personne âgée, et chercher à obtenir son accord pour mieux respecter son autonomie. Ils estiment que le meilleur niveau de la qualité de relation ne peut être atteint que grâce à la négociation et à la bonne entente entre la personne âgée et l'intervenant. Ils pensent aussi que la manière dont l'intervenant s'adresse à la personne âgée renforce la confiance qu'elle peut avoir en lui et que cela renforce leur relation.

« La qualité c'est s'intéresser à la personne, faire attention à l'autre. » [IG 1.02]

« La qualité, la première qualité moi je dirais le relationnel avec la personne âgée. À partir du moment où ça se passe bien, où on a une accroche avec la personne âgée, et bien on va réussir à faire tout ce qu'on doit faire et à lui faire accepter parce qu'au départ elle ne veut pas ! Autant pour la toilette que pour l'aide à domicile. À partir du moment où on a réussi à créer ce lien presque d'amitié je dirais, presque surtout pour les auxiliaires de vie, pour l'aide-soignante c'est un peu différent elle reste beaucoup moins longtemps, elle change un

peu plus souvent, mais l'auxiliaire de vie elle reste longtemps et c'est toujours la même ; créer ce lien, ce lien affectif qui fait un lien de confiance... » [I_G_1.04]

« Il y a tout le côté relationnel qui compte aussi... Tout est essentiel, une personne âgée, s'elle a l'impression que sa vie n'a pas de sens, elle ne va pas vivre. Tout ce côté-là, ça se travaille dans la relation au domicile quotidiennement. Être dans un rapport humain avec la personne et pas juste faire un acte. » [I_G_2.21]

Étant donné l'importance donnée à cette dimension relationnelle, en plus de la considération des compétences de l'intervenant, les gestionnaires pensent qu'ils sont attentifs aux intervenants qu'ils envoient au domicile afin de faire en sorte qu'ils s'entendent avec la personne âgée.

Cet équilibre recherché dépend à la fois de la personnalité de la personne âgée et de ses besoins et des « caractéristiques » de l'intervenant. Les gestionnaires et les intervenants s'accordent sur le point : quelle que soit sa catégorie professionnelle, l'intervenant doit être bien accueilli et être considéré par la personne âgée et sa famille.

« Avoir suffisamment de personnel, avoir un personnel qualifié bien évidemment c'est le cas, et après pouvoir puiser dans ces personnes-là en fonction de leur..., je ne veux pas dire de leur compétence, mais de leur, de leur sensibilité plutôt ! Il y a des gens qui vont bien s'entendre avec d'autres, mais ça c'est partout pareil, mais l'avantage du domicile, enfin pour moi, c'est que je peux jongler avec les personnes, c'est-à-dire les mettre plus avec telle personne qu'avec l'autre ; pour autant ça tourne ! Pour autant ça tourne régulièrement, mais une fois que les gens ont accepté, il y a des gens chez qui je vais envoyer par exemple un homme à une personne qui ne souhaite pas avoir un homme, comme ça se passe bien elle va l'accepter, mais je vais lui donner un homme pendant une certaine période et je sais très bien que je ne vais pas lui remettre un homme parce que ça la dérange même si elle sait que c'est obligatoire, dans la mesure où elle fait un effort à moi aussi de faire un effort, c'est aussi un échange ! » [I_G_1.02]

« Beh Oui quelque part oui, je peux dire le travail c'est de l'humain, c'est du relationnel. S'il n'y a pas un minimum d'entraîn, malgré les difficultés, si la personne arrive en faisant la tête enfin, forcément ça ne mettra pas en confiance aussi l'autre personne... Effectivement la présentation, l'énergie qu'on peut avoir, encore une fois malgré les difficultés au quotidien c'est pour moi important, c'est important ! » [I_G_1.01]

« Tout à fait, tout à fait. Tout ce qui compte dans ce qu'on fait c'est la proximité avec la personne. Si cette proximité-là n'est pas bien organisée, n'est pas solide, ça ne marche pas ! » [I_G_1.03]

« Eh bien, c'est d'avoir, c'est difficile, c'est d'avoir cette proximité avec la personne, d'avoir un échange et trouver le juste milieu. Encore une fois c'est de l'humain ! La limite est vite dépassée je dirai dans l'intimité de la personne dans son intimité de vie. Par exemple nous on a l'indication de dire aux aides à domicile de ne pas donner leur n0 privé. Sauf qu'on sait très bien que c'est très difficile et qu'une personne âgée chez qui vous allez depuis plusieurs

années vous demande votre numéro, voilà ! La personne sera peut-être moins à même de dire bah non je ne peux pas, il y a une proximité. Donc dans les habitudes de vie aussi on s'attache forcément, il faut trouver le juste milieu. » [I_G_1.01]

En outre, en évoquant la question de la relation et de l'attitude de leurs intervenants, les gestionnaires insistent sur l'importance de garder une certaine distance dans la relation entre la personne âgée et l'intervenant, celui-ci doit trouver un positionnement qui lui permet de respecter l'intimité de la personne âgée et de préserver la sienne. Les gestionnaires reconnaissent que ce n'est pas facile d'avoir ce *juste milieu*, mais chacun doit en être conscient, car les limites peuvent rapidement être dépassées. Cela peut générer des conséquences négatives aussi bien pour la personne aidée que pour l'aidant professionnel. Ils citent quelques exemples tels que le phénomène de transfert excessif, l'épuisement physique et émotionnel, la maltraitance financière, etc.

C'est pour éviter toutes ces situations que le professionnel doit être en mesure de gérer sa relation avec la personne âgée, à la fois en étant proche pour établir une relation de confiance et en gardant la *bonne distance* permettant d'opposer un refus à certaines demandes de la personne âgée ou de sa famille. D'après les gestionnaires, cela ne devrait pas nuire à la qualité de travail de l'intervenant ni à sa relation avec le bénéficiaire si cela est fait avec professionnalisme. Au contraire, ce positionnement dit « professionnel » lui permet d'être disponible tout en restant discret et non envahissant, sans toutefois apparaître trop détaché.

En même temps, les gestionnaires reconnaissent qu'il est difficile de garder la *bonne position du juste milieu* qui consiste à être dans la proximité suffisante tout en gardant une certaine distance dans la relation sans que l'intervenant désinvesti la situation de la personne aidée. C'est pour cette raison que les gestionnaires qualifient cette attitude de *bonne attitude professionnelle*, considérée comme faisant partie des critères de la qualité de la prestation de l'aide.

En évoquant la qualité de l'aide, de nombreux gestionnaires ont montré leur inquiétude par rapport à la capacité des structures prestataires de dispenser un service de qualité en ce qui concerne la dimension relationnelle. Ils déplorent par ailleurs que le métier d'aide devienne de plus en plus commercial, sa planification est davantage basée sur les actes instrumentaux liés à

la dépendance physique plutôt que sur la considération de l'accompagnement dans une approche globale.

« L'entretien [de l'appartement], ça peut être secondaire ...on y va pour la personne on n'est pas là non plus que pour l'entretien du logement. On met en avant que l'aide à domicile peut sortir avec la personne aidée. Il y a tout un accompagnement social. Il y a toute une idée avec l'usager, ne fût-ce que discuter, prendre un café. Voilà on est dans un métier où ça devient commercial je dirais voilà, mais c'est surtout humain ! » [I_G_2.24]

Par ailleurs, les instructions données aux intervenants quant à la relation qu'ils doivent avoir avec la personne âgée semblent contradictoires. Ils leur demandent de «ne pas s'attacher » tout en ayant le bon contact favorisant la relation de confiance. Cette double injonction crée l'un des paradoxes qui seront abordés ultérieurement.

« Les intervenants doivent avoir une attitude professionnelle : savoir dire non et prendre la distance qu'il faut sans être désintéressé. » [I_G_1.02]

« Ce n'est pas toujours facile de faire la part des choses. Il ne faut pas être envahissant, les professionnels doivent être discrets, on rentre chez quelqu'un, on doit s'adapter à eux et non eux à nous, et respecter les choix de vie des personnes. » [I_G_2.04]

« Eh bien, c'est d'avoir, c'est difficile, c'est d'avoir cette proximité avec la personne, d'avoir un échange et trouver le juste milieu. Encore une fois c'est de l'humain ! La limite est vite dépassée je dirais dans l'intimité de la personne dans son intimité de vie. Par exemple nous on a l'indication de dire aux aides à domicile de ne pas donner leur n° privé. Sauf qu'on sait très bien que c'est très difficile et qu'une personne âgée chez qui vous allez depuis plusieurs années vous demande votre numéro, voilà ! La personne sera peut-être moins à même de dire bah non je ne peux pas, il y a une proximité. Donc dans les habitudes de vie aussi on s'attache forcément, il faut trouver le juste milieu. » [I_G_1.01]

c. La justesse des réponses aux besoins de la personne

Le discours des gestionnaires montre que leur perception de la qualité de l'aide a tendance à être plus générale que celle des personnes âgées et des intervenantes qui est davantage ancrée dans les exemples de la réalité du quotidien.

Ainsi, la notion d'accompagnement qui est rare dans le discours des personnes âgées et celui des intervenants, est beaucoup plus présente dans les propos des gestionnaires, de même que la notion de la globalité. Pour les gestionnaires, l'aide à la personne âgée ne consiste pas seulement à exécuter un acte donné, c'est tout le processus dit *d'accompagnement* qui s'inscrit dans la durée et auquel il faut donner de l'importance. Pour eux, « le service d'aide n'est pas un service de courtier », il faut prendre du temps pour s'occuper de la personne. Néanmoins, les

gestionnaires mentionnent que certaines personnes ne s'inscrivent pas dans ce processus d'aide globale, elles ne veulent qu'un service bien précis. D'où la nécessité d'un service personnalisé.

Les propos des gestionnaires permettent de constater également qu'ils apprécient la qualité aussi bien au niveau individuel, mais aussi par rapport aux enjeux sociétaux. Pour eux, un service d'aide de qualité est celui qui contribue à l'effort collectif afin de garantir le maintien à domicile des personnes âgées.

« Bien sûr, bien sûr. Il ne faut pas s'accrocher aux actes, il faut plus s'accrocher à l'accompagnement des personnes, c'est ça qui est important. Et puis de permettre à quelqu'un de vivre plus longtemps chez lui, l'enjeu final c'est que ça coûte moins cher aussi à la collectivité d'une part et que ça respecte le choix des personnes ! Au final on y gagne. Or si on s'accroche à des actes, à des tâches, à des statuts euh euh c'est une discussion d'épiciers quoi ! Hein c'est vraiment important quoi ! Mais enfin dans une dimension collective quoi ! » [I_G_1.03]

« Il y a des clients qui veulent un service, ils ne veulent pas de personne ! Donc après c'est à nous de rappeler toujours qu'on ne propose pas des services, mais qu'on propose un accompagnement ! Mais c'est compliqué. Mais c'est comme dans la vie hein ! Des fois on propose à des gens qui veulent accepter quoi ! » [I_G_1.03]

« En fait j'ai envie aujourd'hui de dire aux gens de penser à autre chose qu'à votre ménage. Le ménage c'est important, mais aussi on va penser à autre chose, on va s'occuper de vous. On va passer l'aspirateur, après on va vous envoyer un jeune pour sortir, après on va essayer deee; les gens qui s'ennuient sont les gens qui cassent les pieds à leur aide-ménagère et qui est déjà en souffrance elle-même. » [I_G_2.03]

Les gestionnaires précisent que les notions de globalité et d'accompagnement sont difficiles à décrire dans le cadre d'une mission de l'intervenant de plus en plus prescrite et réglementée. Sur cette question, il existe des divergences de point de vue.

Même si tous disent qu'ils essaient de *bricoler* pour trouver des solutions aux besoins des personnes âgées, certains admettent qu'il faut la flexibilité et l'adaptabilité de l'aide proposée, alors que d'autres gestionnaires disent qu'ils sont obligés de respecter le règlement malgré la rigidité de certains dispositifs qui ne permettent pas cette flexibilité souhaitée.

Toutefois, malgré ces divergences, ils s'accordent sur les attributs de la qualité de l'aide concernant la justesse des réponses aux besoins des personnes âgées notamment l'aide aux AVQ et aux AIVQ, ainsi qu'assurer sa sécurité. Ils soulignent que l'adéquation des services aux besoins est un aspect primordial qui dépend à la fois de la compétence des intervenants, de la qualité de l'évaluation des besoins réalisée, de la réglementation et du financement des services.

Lorsque les gestionnaires évoquent la qualité de l'aide par rapport à l'adéquation des réponses aux besoins de la personne âgée, ils reviennent souvent sur les facteurs institutionnels pour montrer que malgré leur volonté et celle des intervenants, il est difficile de réaliser un travail d'aide de qualité dans des conditions actuelles. Ils semblent plus pessimistes par rapport aux autres acteurs se confrontant aux difficultés du terrain, alors qu'eux intègrent à la fois les difficultés du terrain et les contraintes administratives. Nous reviendrons sur certains aspects de ces difficultés dans la section concernant les obstacles à la qualité.

Pour pallier ces difficultés, les gestionnaires comptent sur la qualité organisationnelle de leur structure, mais surtout sur la compétence des intervenants et leur implication dans le projet d'accompagnement que leur structure met en place pour les personnes suivies.

Ils indiquent enfin que la justesse des réponses nécessite la réalisation d'une évaluation formalisée des besoins de la personne permettant de mieux connaître sa situation.

d. La qualité organisationnelle

Les attributs relatifs à la qualité organisationnelle ont été souvent rapportés par les gestionnaires et beaucoup sont partagés avec d'autres groupes d'acteurs. On peut citer parmi ces attributs, *la ponctualité, le travail d'équipe, l'encadrement et le suivi de l'équipe de terrain, la réactivité, la transmission de l'information et la collaboration multidisciplinaire.*

Les gestionnaires soulignent l'importance d'avoir des intervenants qui s'entendent bien et qui travaillent en équipe. Cette équipe doit être composée de plusieurs professions ayant des compétences différentes. Au moment de la réalisation de l'étude, il était difficile que les professionnels se rencontrent, l'échange d'information n'était pas optimal pour que chacun puisse être au courant de la situation de la personne aidée et de son rôle par rapport aux autres.

« La qualité, j'ai envie de dire que c'est aussi le travail d'équipe, c'est faire intervenir l'ergothérapeute, la psychologue, ce sont des gens comme ça, c'est la pédicurie, c'est proposer aussi aux personnes par rapport à leur projet de vie, quand ils se sentent isolés c'est proposer des bénévoles, faire des soins esthétiques bénévoles, on a des sorties par exemple de théâtre. On n'est pas là pour « toiletter » uniquement les gens, on a envie de proposer. » [I_G_1.02]

« Ça s'est, comme je le disais tout à l'heure, c'est important que nous travaillions en équipe. Voilà c'est une équipe ce n'est pas le bureau je dirais et puis les intervenants à domicile.

C'est vraiment un lieu forcément heuuu, elles ont besoin de nous dans le soutien aussi, et nous heuue on a besoin d'elles aussi. Donc pour les personnes c'est utile. » [I-G-1.01]

« Au niveau du spasad, c'est vrai qu'on essaye de travailler au maximum ensemble. On essaye de voir ensemble comment on répond aux besoins de la personne. Ça ne sert à rien de faire la toilette alors qu'au niveau repas, ça ne suit pas. Sinon le fonctionnement du service d'aide et du service de soins est tellement différent pour imaginer un plan commun. Peut-être que ça peut se faire, mais ça vaut la peine de s'y pencher et voir comment travailler sur cette complémentarité. ... ça serait de pouvoir travailler ça tous ensemble dans une équipe, et pas d'avoir des fiches toutes faites. » [I_G_2.21]

Pour que ce travail d'équipe puisse être possible, les gestionnaires considèrent que les intervenants doivent se sentir impliqués dans le projet d'accompagnement proposé par la structure et doivent se sentir membres d'une même équipe.

Cependant, même si les gestionnaires insistent sur cet aspect de travail d'équipe et disent qu'ils essayent de faire le nécessaire pour créer les conditions de son existence, beaucoup d'intervenants ont souligné le manque de travail d'équipe en particulier entre les professionnels du SAD et du SSIAD. Parfois ils ne se connaissent même pas, sinon ils se croisent quelquefois au domicile de la personne sans qu'ils aient le temps d'échanger et de partager leur expérience ou leurs difficultés par rapport aux situations rencontrées.

Les gestionnaires sont d'accord avec les intervenants qu'il ne peut y avoir un travail d'équipe sans meilleur encadrement, aussi bien au niveau de la structure que sur le terrain. Il ne s'agit pas d'un contrôle dont l'objectif est seulement l'évaluation du travail de l'intervenant, mais de créer les conditions pour les soutenir, être à leur écoute et les aider à résoudre les difficultés rencontrées sur le terrain.

« Avoir plus de visites à domicile au moins une fois chaque année et oui on a beaucoup d'administratifs à faire, mais en même temps c'est vrai peut être un peu plus de de relation avec justement les personnes de contact ça serait peut-être d'autant mieux. » [I_G_2.21]

Les gestionnaires mentionnent par ailleurs que certains attributs de la qualité nécessaires pour un service d'aide de qualité manquent dans leur mode organisationnel alors que cela contribuerait aussi au travail d'équipe. Il s'agit notamment des réunions des intervenants, en particulier les réunions réussissant ceux du service d'aide et ceux du service de soins. Les gestionnaires trouvent que ces réunions permettraient aux différents intervenants d'échanger sur

différentes situations et de partager leurs expériences. L'utilisation effective des outils de transmission de l'information est aussi mentionnée comme un élément de la qualité.

« La qualité elle passe aussi par les informations qui sont transmises, je veux parler des réunions d'équipe, ça veut dire le dossier d'accompagnement, la mise en place d'un protocole qui est vraiment adapté à la personne et qui est mis à jour par le soignant. Donc nous, on fait un travail important au niveau des coordonnateurs pour insister auprès des soignants qui sont plus dans le savoir oral, dans la transmission orale que dans la transmission écrite pour que justement ce travail qu'ils font auprès de la personne qui est personnalisé transparaisse dans le dossier pour que quelqu'un qui les remplace au pied levé ou qui les remplace sur les deux mois puisse travailler dans la même continuité c'est important. » [I_G_1.02]

Les espaces d'échange au sein des structures sont un élément important qui, pour les gestionnaires, permet de maintenir et de développer les compétences des intervenants et leur professionnalisme. C'est par ces échanges qu'ils se donnent les conseils et racontent les stratégies qu'ils ont adoptées pour faire face à telle ou telle situation difficile, etc. Plusieurs gestionnaires s'accordent sur le fait que la formation des intervenants ne suffit pas, il leur faut l'expérience et les échanges permanents au sein des équipes afin d'acquérir une certaine « maturité professionnelle » nécessaire à domicile où l'intervenant se retrouve souvent seul.

« Je ne dirai jamais assez après c'est du quotidien, c'est aussi le travail qu'ils font dans le groupe d'analyse des pratiques, c'est avec l'encadrement, c'est les compétences professionnelles quoi ! C'est une maturation professionnelle ! Plus que de la formation puisque la formation, je suis sûr qu'il manque plein de choses, mais vous savez bien on n'oublie très vite ce qu'on a appris en formation ! les 3/4 très vite quoi ! C'est pareil pour tous ! C'est plus de la pratique. » [I_G_1.03]

Contrairement au groupe des personnes âgées et dans une certaine mesure celui des intervenants, les gestionnaires ne considèrent pas la rotation des intervenants comme un problème organisationnel nuisant à la qualité du service d'aide. Au contraire, pour eux le changement des intervenants leur permet de ne pas se confronter à la situation de la même personne tous les jours, par conséquent de développer de mauvaises habitudes qui risqueraient de nuire à la qualité de leurs prestations. Cela permet également d'éviter la fatigue à la fois physique et psychologique des intervenants qui sont confrontés aux situations difficiles à un moment donné.

e. La compétence des intervenants

Selon les gestionnaires la compétence des intervenants représente non seulement la maîtrise de la technique d'un acte à réaliser, mais aussi, d'une part, la capacité d'adaptation de l'intervenant aux différentes situations auxquelles il fait face à domicile et qui sont *en perpétuelle évolution* et, d'autre part, sa capacité de trouver des solutions adéquates, d'identifier les problèmes et de les transmettre de manière claire et précise aux membres de l'équipe pour qu'ils puissent soit chercher des solutions, soit réévaluer la situation afin de prendre des décisions appropriées.

Les gestionnaires reconnaissent qu'ils n'ont pas assez de temps pour suivre ni l'évolution des personnes âgées suivies par leur structure ni le déroulement des missions de leur personnel. C'est pour cela qu'il leur faut des intervenants compétents, capables de détecter tout changement et d'anticiper certaines situations de crise, car un service d'aide de qualité est celui qui est dynamique en fonction des changements de la situation sanitaire et sociale de la personne aidée.

« Effectivement c'est important, le rien se fait là avec les salariés de se dire qu'un salarié est compétent s'il est reconnu aussi pas les personnes. Si on a des remontées des personnes, des clients qui nous disent celle-là, elle n'est pas très souriante, quand je lui demande de faire quelque chose elle ne le fait pas, et si c'est un retour qui se fait sur plusieurs clients, effectivement ça nous donnera l'indication sur ce qu'il en est. » [I_G_1.01]

D'autre part, les gestionnaires évoquent souvent les personnes dont la prise en charge pose problème. C'est grâce aux intervenants compétents que l'aide auprès de ces personnes devient possible notamment par les approches très particulières qui s'acquièrent par l'expérience. Grâce à la créativité de certains intervenants, ils arrivent à imaginer les astuces pour approcher les personnes en refus d'aide par exemple et le fait de les partager avec les autres permet de construire ensemble un savoir en partant de *l'expérience du quotidien*.

Dans ce sens, les gestionnaires disent que la qualification n'est pas un gage de compétence, ils déplorent le manque de reconnaissance envers certains intervenants qui n'ont pas de qualification alors qu'ils sont parfois plus compétents que ceux qui ont un diplôme. Pour eux, ce sont ces intervenants plus expérimentés et plus motivés qui parfois permettent à l'équipe d'avancer sur certaines situations difficiles pour lesquelles les seules solutions techniques ne suffiraient pas.

D'après les questionnaires, c'est la pratique qui contribue davantage à la compétence de l'intervenant, car ils constatent que dans la « *formation telle qu'elle est dispensée actuellement, il manquerait plein d'éléments* » et « *beaucoup des notions apprises sont très vite oubliées* », d'où l'importance de la pratique et « *le travail qui est fait dans les groupes d'analyse des pratiques* ».

« Il faut que l'intervenant soit bien dans son travail quoi, après techniquement il faut s'adapter à chaque domicile. Les personnes âgées aiment qu'on fasse comme ils ont toujours fait. On a des techniques, mais au final ça ne sert pas à grand-chose parce pour eux ils exigent leur technique à eux. » [I_G_2.22]

« J'ai envie de dire c'est toujours remettre en cause, je veux dire par là que ce n'est pas parce qu'on a établi à un moment quelque chose qu'il faut en rester là, je veux dire c'est un perpétuel mouvement, il faut être vigilant sur les choses, il faut toujours essayer d'avancer, de ne pas être statique et ça, ce n'est pas simple. Ce n'est pas simple parce que ça demande beaucoup d'énergie, ça demande beaucoup de temps et on n'a pas toujours ce temps-là. » [I_G_1.02]

« Toujours être attentif à la moindre difficulté de la personne, de son échange, de saaaa..., si une personne commence à avoir des chutes ce sont des signes avant-coureurs de se dire tient là c'est peut-être qu'elle a des difficultés pour prendre sa douche des choses comme ça. Il faut être attentif à ces problématiques-là. Après peut-être c'est difficile d'anticiper, mais avec des remontées des informations, c'est possible non ? ...quand je parle de compétences, c'est qu'elles puissent nous retranscrire aussi ce qui les met en difficultés à domicile. » [I_G_1.01]

« Après c'est l'expérience professionnelle qui arrive à faire progresser les personnes parce qu'ils sont assez fins dans leur relation ! Ils les y amènent intelligemment. Il n'y a pas d'outils magiques ! » [I_G_1.03]

« Pour moi le critère serait, l'un des critères la satisfaction de la personne soignée. Aussi les soignants qui arrivent à faire des soins chez les personnes où d'autres n'y arrivent pas. C'est-à-dire qu'ils trouvent la bonne manière de faire. Il y a aussi le propos qu'ils rapportent. La façon d'introduction des soignants. Après au niveau soins on le voit sur la personne. » [I_G_2.21]

Au-delà de la compétence, les questionnaires évoquent les valeurs morales et éthiques qui doivent guider le travail d'un intervenant pour que son service soit de qualité.

f. Les valeurs éthiques et morales

Certes les valeurs éthiques et morales font partie de plusieurs attributs des dimensions de la qualité abordées précédemment. L'interrelation, l'attitude de l'intervenant et la justesse des réponses comprennent des aspects éthiques. Toutefois, certains propos des questionnaires montrent que parfois l'importance accordée à certains aspects a une visée normative, elle devrait guider les intervenants dans leurs prestations afin d'agir selon un idéal professionnel prescrit.

Dans ce cas, leurs propos reflètent moins une finalité de productivité d'un acte répondant à un besoin bien défini que les valeurs de base d'une relation d'aide de qualité.

Même si les valeurs exprimées par les gestionnaires sont énoncées dans les mêmes termes que celles des autres acteurs, elles sont plus affirmées sous forme d'injonctions normatives ou d'impératifs qui s'imposent à tous les intervenants. En même temps, les gestionnaires reconnaissent la nécessité d'avoir de la reconnaissance envers les intervenants, afin que leurs valeurs éthiques et morales ne soient pas mises à l'épreuve par l'image qu'on leur envoie.

Parmi les critères cités, il y a notamment la confidentialité, la conscience professionnelle, la responsabilité, la transparence, l'engagement des intervenants et le respect. Les gestionnaires estiment que ces valeurs devraient permettre à l'intervenant de trouver sa place et de mieux saisir les aspects qui sont intelligibles ou lui semblent contradictoires pour sa pratique, par exemple le fait d'être en relation de proximité tout en prenant de la distance.

Ils notent que le respect de la personne âgée est la base de la qualité de l'aide. Il s'agit d'une part de respecter la personne pour ce qu'elle est en tant qu'être humain, et d'autre part de respecter ses choix, ses habitudes et son mode de vie. Ainsi, c'est aux professionnels qu'incombe la responsabilité de s'adapter aux habitudes de la personne aidée et à son rythme de vie, en lui laissant le maximum d'autonomie en fonction de ses capacités et en la faisant participer aux diverses activités et au processus de la prise de décision. L'importance du respect dans le contexte du domicile par rapport à l'hôpital a de nouveau été affirmée par les gestionnaires comme cela a été le cas pour les intervenants. Ainsi, les gestionnaires mentionnent que les professionnels ne doivent pas s'imposer ou imposer leurs choix, car ceci est souvent la source d'angoisse des personnes âgées. Néanmoins, ils reconnaissent que dans certaines circonstances, comme lors de l'adaptation du logement ou de la planification des horaires d'intervention, il est souvent difficile de respecter le choix de chaque personne bien qu'il faille s'adapter au maximum à sa demande.

« Bon je dirais la chose la plus fondamentale c'est le respect de la personne ! Ça vraiment ça doit être juridique ; c'est de respecter les horaires, de respecter la vie de la personne, ne pas la bouleverser en disant bien c'est comme ça que je fais, c'est euh euh si la personne veut manger quelque chose euh euh il ne faut pas faire comme nous on le veut c'est le faire comme la personne le veut. C'est très élémentaire. Tout se décline du respect. » [I_G_1.03]

« La chemise ça se plie et ça se pend, chacun a ses habitudes. Et puis il ne faut pas s'imposer ou imposer ces choix ou sa technicité. Il faut que la personne soit satisfaite et non pas en souffrance. Il ne faut pas que la personne âgée soit angoissée de voir arriver une aide à domicile ? Ça, c'est vraiment la base. » [I_G_2.22]

« Toujours répondre à la demande de la personne âgée, c'est à dire il ne faut pas vouloir imposer à la personne quelque chose, en disant c'est mieux pour vous, c'est-à-dire que si la personne âgée veut se mettre dans ce fauteuil-là qui n'est pas très confortable, parce que c'est son fauteuil depuis quarante ans et qu'on trouve que bon, elle serait mieux dans ce fauteuil-là, qui est un peu plus dur un peu plus raide, un peu plus que tout ce qu'on veut, on met la personne dans le fauteuil qu'elle veut et après tout, qu'est-ce que ça change? Ça ne change pas grand-chose, il ne faut leur imposer nos idées. » [I_G_1.02]

Même si le respect envers les personnes âgées et leurs familles est une obligation et un devoir pour les intervenants, les gestionnaires estiment que cela n'est possible que si les intervenants eux-mêmes sont également respectés et leur travail reconnu à sa juste valeur à la fois par les personnes aidées, mais aussi par la société.

« De part et d'autre j'insiste de part et d'autre qu'il y a ait le respect, de l'entraide de part et d'autre. C'est-à-dire qu'on ne peut pas demander à l'aide à domicile de faire des choses bien, si soi-même on lui demande mal. Ça, ça me paraît, ça me paraît nécessaire, voilà ! » [I_G_2.22]

« Sincèrement elles font assez pour ce qu'elles sont payées. Une personne qui est à 151h fait plus de 7h par jours. De 9h à 11h elles sont chez l'usager, elles ont un quart d'heure de pause, elles mangent dehors, après en hiver elles peuvent manger ici dans les locaux, mais le temps de venir ici, vaut mieux manger dans un McDonald à côté. Elles n'ont pas de ticket de restaurant. Je pense que la qualité de travail, elle est là. Comme je l'ai expliqué, ce n'est pas méchant de ma part, mais je pense vraiment, ce n'est pas un métier valorisant. Même quand on parle d'aide-ménagère, c'est un terme qui n'existe plus. Après quand on entend qu'il y a les assistantes sociales qui l'utilise, je les reprends c'est une aide à domicile, ce n'est pas une femme de ménage, non c'est une aide à domicile. Ça joue sur les termes après ce n'est pas valorisant. Donc elles font assez de ce qu'elles sont. » [I_G_2.24]

En ce qui concerne la conscience professionnelle, les gestionnaires considèrent que les intervenants doivent se sentir membres d'un collectif (adhérer au projet collectif), ce qui leur permet de ne pas être dans une *démarche individualiste ou corporatiste*. Cette conscience professionnelle exerce un impact positif sur la prestation des intervenants notamment en leur permettant d'être responsables sans qu'il y ait la nécessité d'une surveillance permanente de ce qu'ils font sur le terrain, car cela est quasiment impossible. Un des gestionnaires citait l'exemple des intervenants qui rentrent tôt chez eux au lieu de consacrer leur temps de travail aux personnes aidées.

g. Synthèse de points de vue des gestionnaires

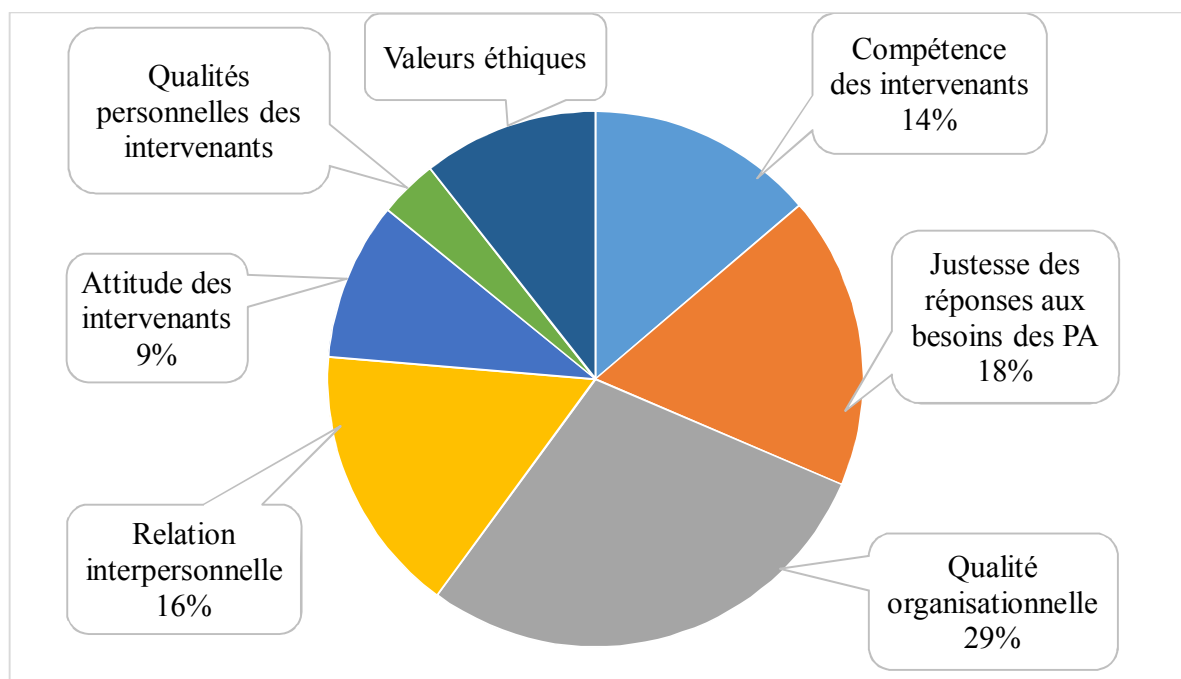
La majorité des gestionnaires considèrent principalement, le relationnel, la prise charge globale et le travail d'équipe comme les attributs de la qualité d'aide. Ils citent ensuite : être à l'écoute, l'encadrement de l'équipe et le suivi sur le terrain et la transmission de l'information.

Nous constatons que les attributs relatifs à l'organisation sont plus fréquents parmi les plus évoqués. Ainsi, la qualité organisationnelle est la dimension la plus importante par rapport aux autres comme le montre le graphique ci-dessous, elle est suivie par celle de la justesse des réponses aux besoins de la personne aidée. Le champ de la qualité procédurale représente presque la moitié (46%) des attributs évoqués par les gestionnaires.

Parmi les attributs organisationnels les plus cités, le travail d'équipe est évoqué par plus de trois gestionnaires sur trois, presque la même proportion évoque la transmission de l'information et l'encadrement de l'équipe sur le terrain et la moitié des répondants ont évoqué la collaboration multidisciplinaire, la ponctualité et la réactivité de leur service par rapport aux problèmes de la personne.

Graphique 4 : Importance des dimensions constituant la qualité de l'aide selon les points de vue des gestionnaires

Proportion de récurrence des attributs des dimensions (n=520)



5.2.4 Comparaison des points de vue des acteurs

Pour mieux appréhender les ressemblances ou les divergences de la perception de la qualité d'aide, la comparaison des attributs et des dimensions de la qualité identifiés à partir des points de vue d'acteurs a été réalisée au niveau des groupes d'acteurs et au niveau des structures.

a. Comparaison des points de vue par groupe d'acteurs

En ce qui concerne les attributs de la qualité de l'aide, la majorité des personnes âgées considère *la gentillesse* de l'intervenant et *l'échange* entre intervenant et personne âgée comme les critères les plus importants de la qualité d'un service d'aide. Elles partagent la même perception avec les intervenants pour ce qui concerne *l'échange*. *L'écoute* de la personne âgée vient en première position des attributs relevés dans le discours des intervenants. Contrairement à la perception des personnes âgées, les intervenants n'évoquent pas leurs qualités personnelles parmi les attributs les plus importants.

À l'inverse des propos plus explicites de ces deux groupes, ceux des gestionnaires le sont moins. Les deux premiers attributs les plus fréquemment cités par les gestionnaires, à savoir *le relationnel* et *la prise en charge globale*, sont des notions plus générales que l'on qualifierait de discours de convenance ou d'usage.

Les intervenants utilisent aussi le vocable de *relationnel*. Celui-ci vient en troisième position parmi les attributs de la qualité les plus cités par ce groupe d'acteurs. Par contre, les personnes âgées n'utilisent pas cette expression, elles désignent en troisième position un autre attribut qui concerne de nouveau les qualités personnelles de l'intervenant à savoir *l'amabilité*.

Pour les gestionnaires, après le relationnel et la prise en charge globale, ce sont les critères liés à l'organisation du service qui sont cités à savoir *le travail d'équipe* suivi par *l'encadrement des intervenants*. Le premier critère est mentionné par trois quarts des gestionnaires interrogés. Par rapport aux gestionnaires, les intervenants sont moins nombreux à mentionner un critère d'organisation, un intervenant sur trois considère par exemple que la collaboration multidisciplinaire est un critère de la qualité d'aide. Chez les personnes âgées, le premier critère de la qualité relatif à l'organisation concerne *la ponctualité* et il n'est cité que par une personne sur cinq.

Nous constatons que les groupes d'acteurs ne perçoivent pas la qualité de l'aide par les mêmes attributs (voir Tableau X) et ceux qui sont cités par les différents groupes n'ont pas la même importance d'un groupe à l'autre. Ainsi, on peut conclure que les acteurs jugent différemment la qualité de l'aide, même si la plupart des attributs de chaque dimension sont présents dans le discours des acteurs appartenant aux différents groupes. Cependant, même si cela peut varier d'une personne à l'autre, les personnes âgées privilégient les critères de la dimension des qualités personnelles de l'intervenant, les intervenants considèrent davantage ceux de la relation interpersonnelle alors que les gestionnaires apprécient plutôt ceux de la qualité organisationnelle.

Sur l'ensemble du corpus, ce sont généralement les attributs qui relèvent du champ de la relation qui sont plus appréciés par rapport à ceux de celui des procédures. Parmi les quinze premiers attributs de chaque groupe présenté ci-dessous, certains attributs sont cités dans la quinzaine des trois groupes, d'autres dans celle de deux groupes et pour certains ne sont mentionnés que par un seul groupe.

Tableau X : Différents attributs de la qualité les plus cités selon les groupes d'acteurs

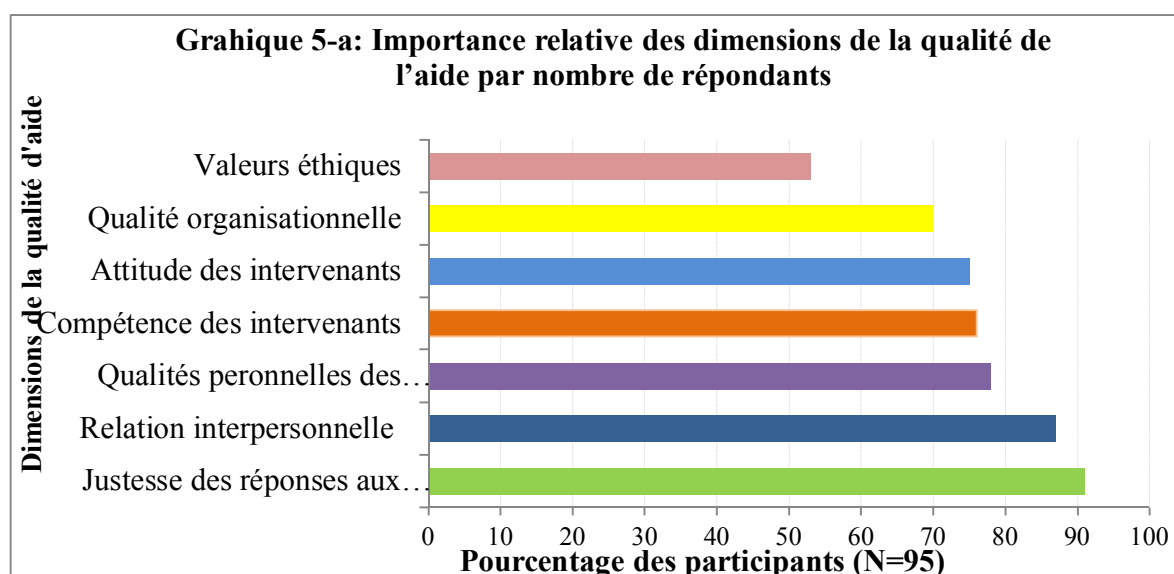


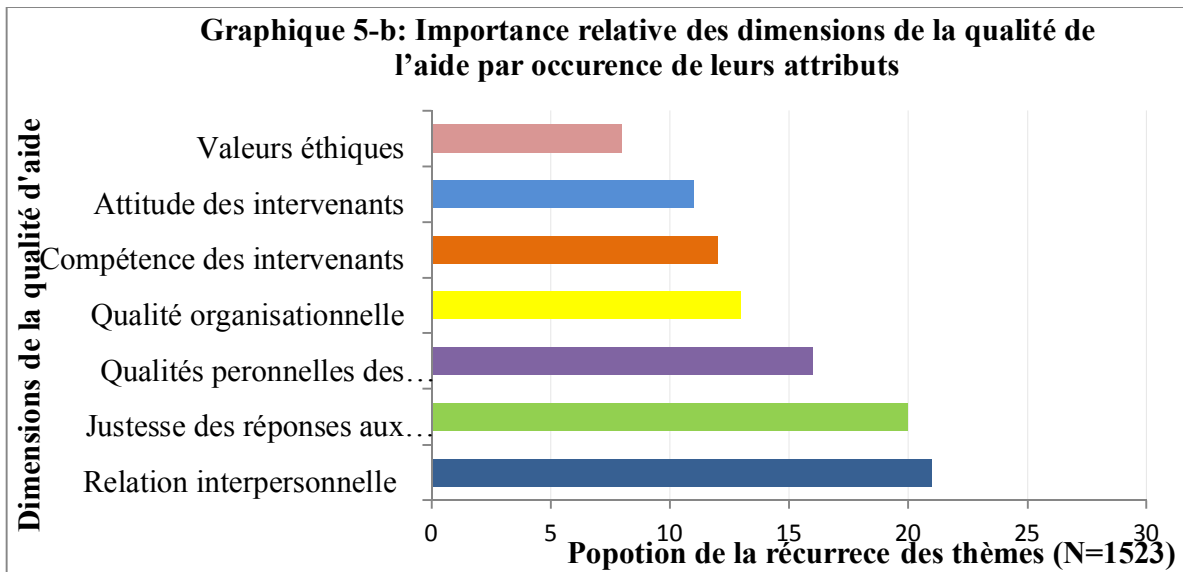
Personnes âgées	Intervenants	Gestionnaires	Ensemble des répondants
La gentillesse	Être à l'écoute	Le relationnel	L'échange entre PA et Intervenant
L'échange entre PA et Intervenant	L'échange entre PA et Intervenant	La prise en charge globale	La gentillesse
L'amabilité	Le relationnel	Le travail d'équipe	Être à l'écoute
Avoir de l'aide pour AVQ	Respecter la volonté de la personne	Être à l'écoute	Prendre du temps
La présence	La collaboration multidisciplinaire	L'encadrement et le suivi de l'équipe de terrain	Répondre aux besoins de la PA
La propreté	Le respect de la personne	La transmission de l'information	Respecter la volonté de la personne
La gaieté	La prise d'initiative	Le rapport humain	Le relationnel
Avoir de l'aide la personne à sortir	La communication entre intervenants	Prendre du temps	La prise d'initiative
Se sentir considéré	Assurer la sécurité	L'attitude de l'intervenant	La compétence des intervenants
Expliquer et informer la personne	Être en confiance	Compétence des intervenants	La présence
La politesse	Prendre du temps	L'aptitude d'adaptabilité	Expliquer et informer la personne
Compétence des intervenants	Répondre aux besoins de la PA	La ponctualité	Rassurer la personne
La ponctualité	Rassurer la personne	Répondre aux besoins de la PA	Assurer la sécurité
Prendre du temps	La prise en charge globale	La collaboration multidisciplinaire	La prise en charge globale
La douceur	L'attitude de l'intervenant	Respecter la volonté de la personne	La collaboration multidisciplinaire

Comme le montrent les deux graphiques ci-dessous (Graphique 5-a et 5-b), l'importance des sept dimensions de la qualité retenues varie selon les groupes d'acteurs interrogés. Néanmoins, presque l'ensemble des participants de tous les groupes évoque au moins un critère de la qualité relatif aux dimensions justesse des réponses et relation interpersonnelle, ce qui témoigne leur importance. Trois quarts mentionnent au moins un critère relatif aux trois autres dimensions : qualités personnelles de l'intervenant, compétence et attitude des intervenants. Deux tiers mentionnent au moins un critère lié à la qualité organisationnelle et enfin, la moitié évoquent un critère relatif aux valeurs éthiques.

L'analyse de l'occurrence des critères de la qualité de chaque dimension par rapport à l'ensemble des critères du corpus confirme l'ordre d'importance des différentes dimensions de la qualité de l'aide. Par cette analyse, les trois dimensions les plus importantes restent les mêmes que celles identifiées à partir du nombre des répondants ayant évoqué leurs attributs. L'occurrence des critères de la qualité interpersonnelle est plus importante que celle des critères de la justesse de la réponse aux besoins. En effet, on peut considérer que les acteurs attribuent une importance relative plus élevée à la dimension de la relation interpersonnelle, suivie par celle de la justesse des réponses et en troisième position se retrouve la qualité personnelle. Ces trois dimensions représentent plus de la moitié de l'ensemble des critères exprimés par les interviewés pour désigner la qualité de l'aide.

Graphique 5 : Importance relative des dimensions de la qualité de l'aide





En outre, l'importance des sept dimensions a été étudiée entre le groupe des professionnels (gestionnaires et intervenants) et celui des bénéficiaires (personnes âgées). La perception de chacun de ces groupes a été également comparée à celle de l'ensemble des acteurs et trois tendances relatives au degré de similitude de leur perception de la qualité de l'aide sont identifiées (Graphique 6).

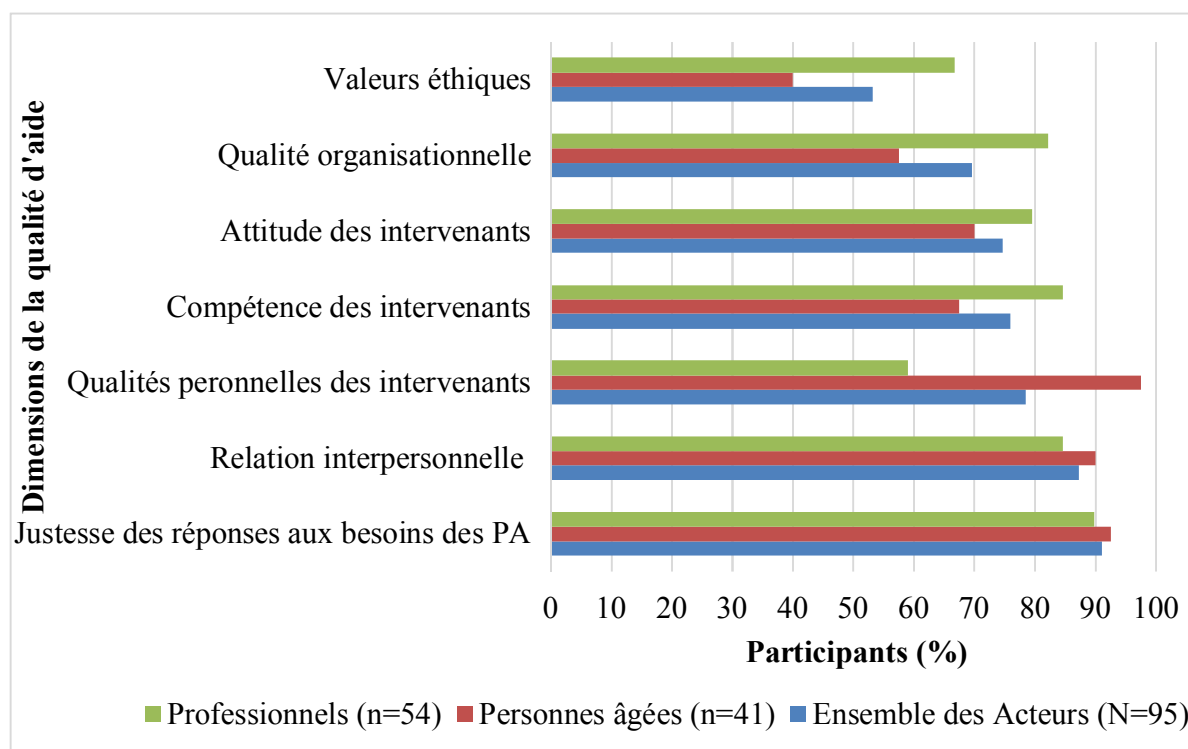
La première tendance porte sur les dimensions pour lesquelles les professionnels et les personnes âgées s'expriment dans les mêmes proportions, il s'agit de la justesse des réponses et la relation interpersonnelle. La proportion de l'ensemble des répondants évoquant les critères de ces deux dimensions est identique à celle qui les mentionne dans chaque groupe. Il faut noter que les personnes âgées sont légèrement plus nombreuses à évoquer ces dimensions, mais l'écart n'excède pas 5 points.

La deuxième tendance est celle concernant la dimension des qualités personnelles de l'intervenant, elle est très fréquemment évoquée par les personnes âgées alors qu'elle est moins représentée chez les professionnels avec un écart de plus de 40 points. Cela fait qu'elle est moyennement représentée quand ce sont les propos de l'ensemble des acteurs qui sont pris en compte.

Les quatre dimensions restantes : compétence des intervenants, attitude des intervenants, qualité organisationnelle et valeurs éthiques constituent la troisième tendance de la perception

de la qualité. Le groupe des professionnels s’y exprime davantage par rapport aux personnes âgées avec des écarts différents : moins de 20 points pour l’attitude des intervenants et leur compétence, plus de 25 points d’écart pour la qualité organisationnelle et des valeurs éthiques.

Graphique 6 : Importance des dimensions de la qualité de l’aide selon les groupes d’acteurs



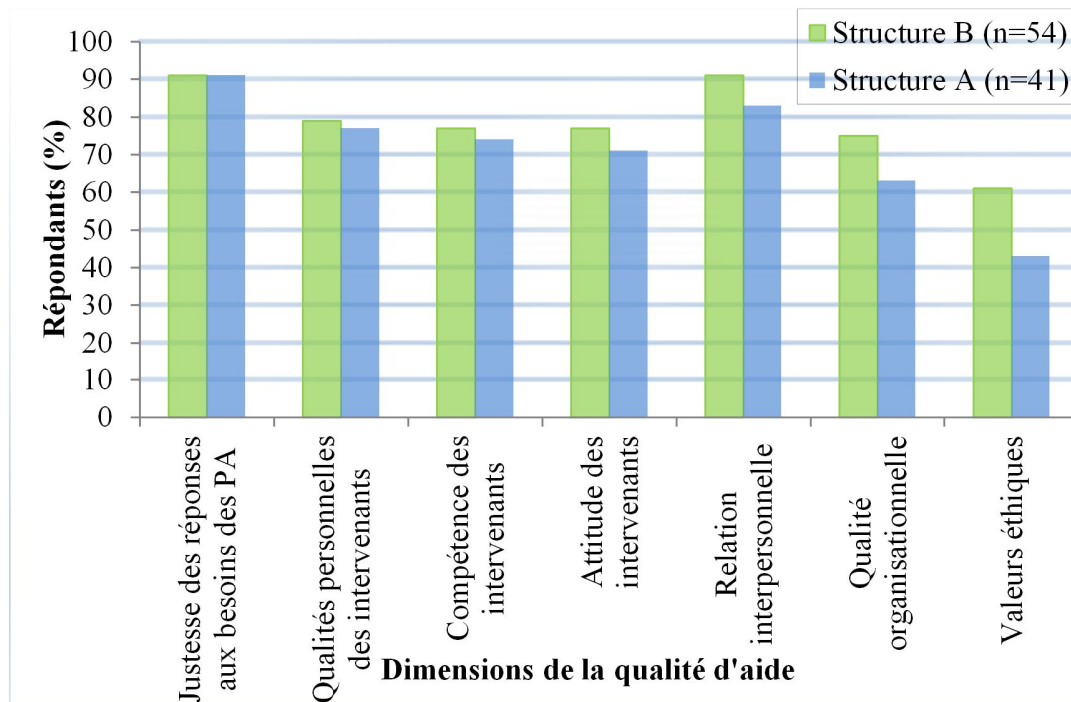
b. Comparaison des points de vue par structure

Comme cela a été fait pour chaque groupe d’acteurs, il est judicieux de savoir comment les différentes structures se positionnent par rapport aux sept dimensions de la qualité d’aide identifiées. C’est pourquoi la comparaison des points de vue des acteurs de deux structures a été réalisée. Dans l’ensemble, il y a un haut degré d’accord entre les acteurs des deux structures.

Comme l’indique le graphique 7, l’analyse ne montre quasiment pas de différences entre les acteurs de deux structures en ce qui concerne les quatre dimensions, justesse des réponses, qualités personnelles compétences et attitudes des intervenants. La similitude des points de vue des acteurs de deux structures est également remarquable pour la dimension de la relation interpersonnelle mais elle est moins marquée que pour les précédentes dimensions. En revanche,

les acteurs de la structure B sont plus nombreux à évoquer les attributs des deux autres dimensions, qualité organisationnelle et valeurs éthiques.

Graphique 7 : Dimensions de la qualité par structure



c. Points de vue des personnes âgées par site

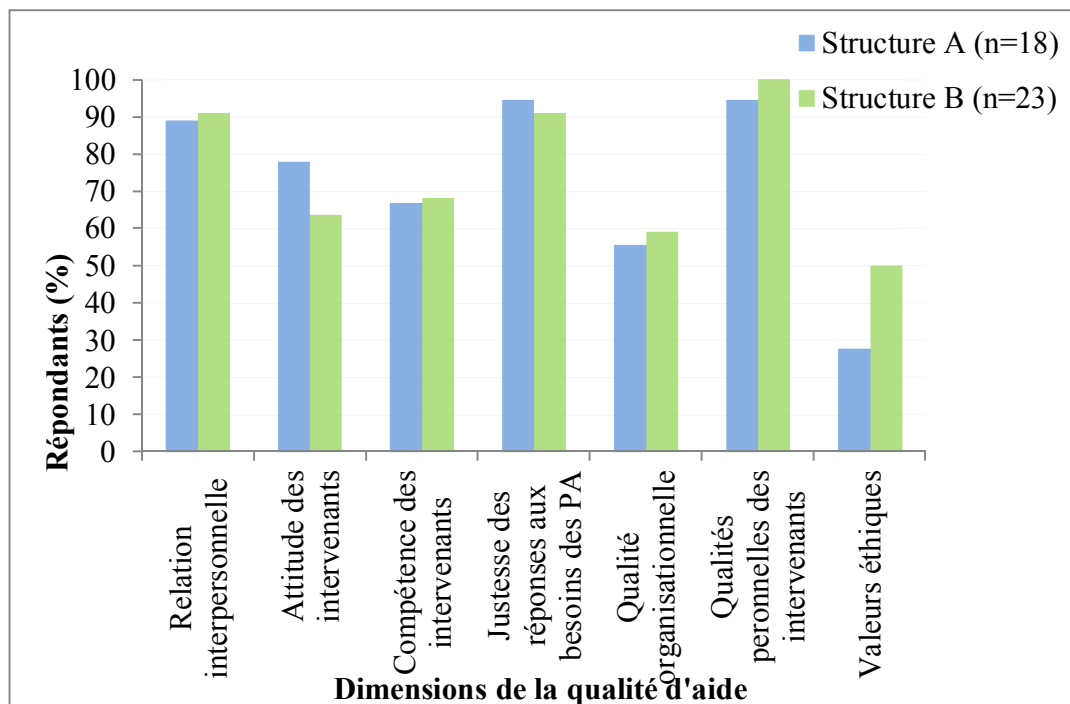
La comparaison des points de vue des personnes âgées de deux structures montre qu'il n'existe pas beaucoup de différence entre la perception de la qualité dans les deux structures pour les cinq dimensions de la qualité : relation interpersonnelle, justesse des réponses, qualités personnelles de l'intervenant, compétence et qualité organisationnelle.

Seule la dimension de l'attitude de l'intervenant est fréquemment citée par les personnes âgées de la structure A par rapport à la structure B. Par contre, les personnes âgées de la structure B citent plus les valeurs éthiques que celles de la structure A (Graphique 8)

Les personnes âgées de deux structures mentionnent généralement les mêmes critères de la qualité. L'analyse d'occurrence montre que les deux critères fréquemment cités dans les deux structures sont les mêmes : gentillesse et échange entre la personne âgée et l'intervenant. En revanche, quelques différences sont à souligner, les personnes âgées de la structure A

s'expriment davantage sur la compétence des intervenants et leur ponctualité alors que celles de la structure B évoquent plus la justesse des réponses à leurs besoins d'aide pour sortir et pour accomplir des activités de la vie quotidienne ainsi que le fait d'être rassuré.

Graphique 8 : Importance des dimensions de la qualité selon les points de vue des personnes âgées par structure



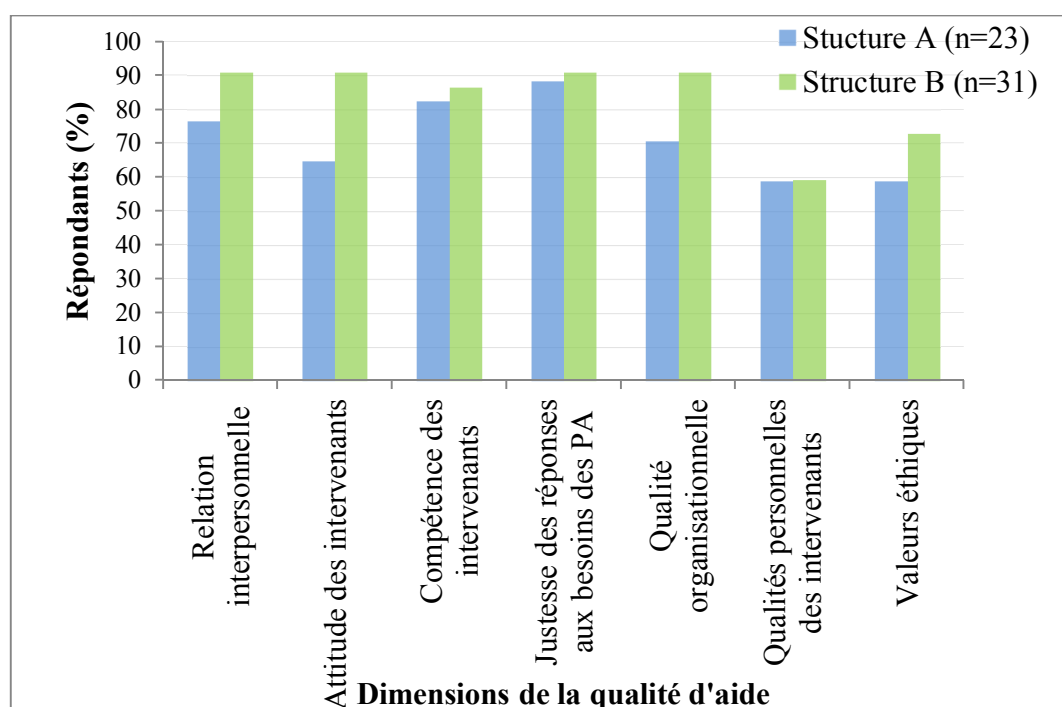
d. Points de vue des professionnels

Les similitudes et différences des points de vue des professionnels de deux structures ont été également étudiées. L'analyse montre que les professionnels de deux structures s'accordent sur certains attributs de la qualité comme : le relationnel, l'échange entre la PA et l'intervenant, la prise en charge globale, la collaboration multidisciplinaire, l'adaptabilité et la réponse aux besoins de la personne âgée.

Néanmoins, quelques différences ont été identifiées ; les professionnels de la structure A sont nombreux à évoquer la compétence des intervenants, l'encadrement, le suivi de l'équipe et la ponctualité alors que ceux de la structure B sont nombreux à évoquer la sécurité de la PA, rassurer la personne et la prise d'initiative.

Quant aux dimensions de la qualité, les professionnels de la structure A évoquent dans la même proportion que les professionnels de la structure B les attributs relatifs à la justesse des réponses, à la compétence des intervenants et aux qualités personnelles (graphique 9). Par contre, les professionnels de la structure A sont moins nombreux à citer les valeurs éthiques, l'attitude des intervenants et la qualité organisationnelle.

Graphique 9 : Importance des dimensions de la qualité selon les points de vue des professionnels par structure



5.2.5 Synthèse générale des points de vue des acteurs

Le processus d'analyse des verbatim des groupes d'acteurs confirme le caractère multidimensionnel de la qualité de l'aide aux personnes âgées telle qu'elle est perçue par les différents acteurs interrogés (Tableau XI). Ainsi, sept dimensions ont été identifiées : qualités personnelles, attitude des intervenants, relation interpersonnelle, qualité organisationnelle, justesse des réponses aux besoins de la personne âgée, compétence des intervenants et valeurs éthiques. Toutes sont présentes dans le discours des personnes âgées, des intervenants et des gestionnaires de deux structures.

Tableau XI : Arbre thématique des perspectives d'acteurs sur la qualité d'aide à domicile

	DOMAINES (Champs)	CATEGORIES (Dimensions)	RUBRIQUES (Sous-dimensions)	THEMES (quelques exemples des codes)
QUALITE DU SERVICE D'AIDE	Qualité Relationnelle	Qualité personnelles	Qualité personnelles	Gentillesse, aimable, gaité, douceur, sourire, qualités humaines, politesse, patience, compréhension, empathie, attentionnée, agréable, honnête, calme, correcte, spontanéité, sympathique, volontaire, discrétion, ouverte, serviable.
		Relation interpersonnelle	Relation entre personne âgée/famille et intervenants, adaptation mutuelle	Échange entre PA, être en confiance, s'adapter à la personne, le rapport humain, bon contact avec la PA, bonne attente, être à l'écoute de la personne, communication respectueuse, se sentir considéré, s'intéresser à la personne.
		Attitude de l'intervenant	Comportement et attitude de l'intervenant, façon d'être et d'agir	Prendre du temps, attitude de l'intervenant au moment d'entrer en contact, disponibilité de l'intervenant, se sentir concerné, être disponible pour la personne, motivation de l'intervenant, respect de l'intimité de la PA (le chez soi), la présentation de l'intervenant, façon de se comporter/attitude, humeur du soignant, façon de parler,
	Qualité procédurale	Qualité organisationnelle	Collaboration, ponctualité, communication, connaissance de la situation, réactivité, continuité, encadrement	Collaboration des intervenants, ponctualité, communication entre intervenants, transmission de l'information, travail d'équipe, informer la personne, encadrement et suivi des intervenants, suivi régulier de la personne âgée, avoir du temps, être informé, avoir le même intervenant, réactivité, régularité, rapidité, respect des horaires.
		Justesse des réponses	Justesse des réponses, globalité, singularité, lien social, sécurité physique et émotionnelle, capacité	Répondre aux besoins de la PA, présence, rassurer la personne, assurer la sécurité, prise en charge globale, aider la personne à sortir, propreté, répondre à la demande de la personne, avoir la visite, se sentir rassurer, s'adapter au rythme de la personne, hygiène, assurer le lien social, soutenir le moral des PA, tenir compagnie la PA, assurer le confort de la PA
	Qualité transversale	Compétence des intervenants	Compétences sociales, compétence opérative, compétence collaborative	Prise d'initiative, compétence des intervenants, aptitude d'adaptabilité, flexibilité pour trouver des solutions, créativité, donner des conseils aux personnes âgées, façon de faire, expérience de l'intervenant, impliquer la personne âgée, professionnalisme, conscience, professionnelle, prendre de la distance, comprendre la demande de la PA, respect des consignes organisationnelles
		Valeurs éthiques et morales	Valeurs collectives, respect mutuel, considération de l'autre, représentation positive	Respect de la volonté de la personne, respect de la personne, respecter les habitudes de la personne, laisser le maximum d'autonomie, respecter le souhait de la personne, droit au choix, respect de la demande des PA, respect des droits de la personne âgée, dignité de la personne, vivre sa vie, transparence entre les professionnels, image plus positive de la personne âgée.

La majorité des personnes interrogées s'accordent sur plusieurs attributs qui composent chacune de ces dimensions, rares sont ceux propres à un seul groupe d'acteurs ou à l'une des deux structures comparées entre elles. Cependant, les différents attributs ainsi que les dimensions qu'ils constituent n'ont pas la même importance chez tous les acteurs. De plus, de nombreux attributs sont interdépendants même s'ils n'appartiennent pas à la même dimension, par conséquent les dimensions sont également interdépendantes. Ces dimensions appartiennent à trois champs principaux à savoir 1) **la qualité relationnelle**, 2) **la qualité procédurale** et 3) **la qualité transversale** aux deux premiers champs. Le champ de la qualité relationnelle est plus représenté que celui de la qualité procédurale.

Le champ de la **qualité relationnelle** comprend 3 dimensions : relation interpersonnelle, qualités personnelles, attitude des intervenants.

- Les résultats de l'étude montrent que l'**attitude de l'intervenant** ne constitue pas uniquement le comportement de l'intervenant à l'égard de la personne âgée ou de sa famille, mais qu'elle est aussi en rapport avec sa façon d'agir, sa capacité de prise d'initiatives et sa flexibilité. L'attribut de cette dimension le plus cité est le fait de « *prendre du temps* ». Le sens des verbatim qui s'y réfèrent permet d'en distinguer deux conceptions : il ne s'agit pas seulement de disposer *d'assez de temps* pour réaliser un acte instrumental, mais aussi le fait de *prendre du temps* qui traduit la perception qu'éprouve la personne âgée envers un intervenant présent et disponible pour elle.

- Pour ce qui concerne les **qualités personnelles**, les principaux attributs de ce domaine sont la gentillesse, la gaieté, la douceur, la politesse, la patience et l'empathie. Bien qu'ils ne soient pas très dissociables de ceux des autres dimensions, ils s'en distinguent, car ils représentent avant tout les prédispositions personnelles de l'intervenant.

- La **relation interpersonnelle** concerne l'interaction impliquant l'intervenant et la personne âgée ou un autre professionnel. Elle est influencée par l'attitude de l'intervenant et par ses qualités personnelles précédemment évoquées, mais aussi par les caractéristiques de la personne aidée, son état de santé et sa personnalité. Pour exprimer les attributs relatifs à la relation interpersonnelle, les répondants utilisent des expressions montrant que ce domaine concerne le vécu et le ressenti des acteurs en relation, seuls capables d'en apprécier la qualité. Parmi ces

expressions, on retrouve notamment « *bon contact, apport humain, être en confiance, adaptation mutuelle, réconfort, bienveillance, complicité et relation positive* ».

Le champ de la **qualité procédurale** est composé de deux dimensions : la justesse ou l'optimalité des réponses aux besoins de la personne âgée, et la qualité organisationnelle.

- La **justesse de l'aide** correspond à l'optimalité du service d'aide par rapport aux besoins de la personne aidée et à la capacité de ce service à répondre à ces besoins de façon globale et individualisée. Cela demande une évaluation multidimensionnelle des besoins, un suivi régulier des bénéficiaires et des intervenants pour mieux les aider à faire face aux problèmes changeants et évolutifs de la personne. Ainsi, l'atteinte de l'optimalité nécessite la mobilisation des ressources, l'organisation des processus, la réalisation de l'intervention dans la perspective de justesse, de globalité et de singularité, elles sont considérées comme les sous-dimensions de l'optimalité, et enfin, l'évaluation à visée formative du service rendu.

- La **qualité organisationnelle** est une dimension moins représentée dans les propos des acteurs comparativement aux aspects du domaine relationnel évoqués par presque chaque participant. Seule une personne sur deux se réfère aux aspects organisationnels pour évoquer la qualité de l'aide. L'analyse effectuée groupe par groupe montre que ce sont les gestionnaires qui s'y réfèrent le plus par rapport aux autres participants. Trois quarts des gestionnaires évoquent au moins un critère concernant l'organisation des services d'aide. Contrairement à ce que nous aurions pu attendre, les intervenants au domicile sont peu à se référer aux aspects organisationnels sauf lorsqu'ils évoquent les facteurs limitant une prestation jugée de qualité.

Parmi les attributs du domaine organisationnel souvent mentionnés, celui de la *ponctualité* est le plus cité, suivi par le *travail en équipe* et enfin le *suivi régulier* de la personne âgée et des intervenants. La *collaboration*, entre les acteurs et entre les organisations, est une sous-dimension de la qualité organisationnelle fréquemment présente dans les verbatim des professionnels et quasi absente chez les personnes âgées. Cette notion comprend deux attributs importants à savoir la *transmission de l'information* et la *collaboration multidisciplinaire*. Elle dépasse l'organisation interne d'une structure prestataire de services d'aide et nécessite la participation des professionnels des autres entités organisationnelles. C'est dans ce cadre que les gestionnaires soulignent l'importance des conventions avec d'autres structures ou professionnels indépendants.

Enfin, la **qualité transversale** est composée deux dimensions : *compétence des intervenants et valeurs éthiques*. Elle est transversale, car les deux dimensions qui la composent sont indispensables à la fois à la qualité relationnelle et à la qualité procédurale.

- **La compétence** des intervenants ne concerne pas seulement l'exécution des actes techniques. Elle est constitutive de la qualité de la relation interpersonnelle et s'acquiert grâce à la formation et à l'expérience. Elle mobilise notamment les qualités personnelles qui deviennent alors perceptibles et sous-tendent l'attitude de l'intervenant. Par ailleurs, la compétence est considérée comme levier de la compréhension des besoins de la personne aidée et de la performance de la pratique d'aide. Ainsi, elle se rapporte au savoir, au savoir-faire et son savoir-être de l'intervenant, soit à la complexité d'un savoir-agir. Il s'agit de comprendre la demande de la personne, d'identifier ses problèmes afin de prendre de bonnes décisions pour y répondre. Les intervenants développent leur capacité d'être créatif et réactif face aux situations évolutives et complexes des bénéficiaires tout en respectant les règles de base du métier et les consignes de la structure. Les professionnels souhaitent que les compétences de chacun d'entre eux puissent être profitables à l'ensemble des autres acteurs impliqués dans l'aide de la personne. Pour cela, ils doivent participer au travail collectif nécessitant le renforcement de la collaboration entre professionnels et entre services.

- Les **valeurs éthiques** dont le principal attribut est le respect de la personne âgée, sous-tendent l'être et l'agir de l'intervenant tout au long du processus de l'aide. Elles dépassent le seul *respect interpersonnel* et comprennent plusieurs aspects y compris : *respect des lieux, information prévenante, considération de l'autonomie de la personne âgée*. Cette considération favorise l'implication de la personne aidée dans les activités réalisées et dans le processus de la prise de décision la concernant, devenant ainsi un acteur actif de l'aide malgré ses incapacités.

En définitive, nous pouvons dire que c'est la prise en compte de toutes ces dimensions de la qualité d'aide et de leurs interactions qui permet d'assurer un service d'aide de qualité capable de répondre aux besoins de la personne âgée ayant des incapacités fonctionnelles. Ainsi, la qualité d'aide à domicile pourrait être définie comme le produit d'un processus organisationnel et clinique comprenant plusieurs dimensions interdépendantes répondant aux besoins de la personne âgée. Ce processus s'inscrit dans une approche personnalisée et

holistique lui permettant d'être en relation, d'avoir une aide fonctionnelle spécifique à ses incapacités prenant en compte ses capacités restantes.

Toutes réflexions visant à améliorer la qualité d'aide et son appréciation devraient tenir compte de cette configuration systémique et multidimensionnelle de la qualité d'aide à domicile, ainsi que du rôle et des attentes de chaque acteur.

5.3 Facteurs facilitant et limitant la réalisation d'un service d'aide de qualité (objectif #2)

Pour répondre au deuxième objectif de cette thèse, l'analyse a été effectuée en examinant le discours des acteurs afin d'identifier les facteurs facilitant la réalisation d'un service d'aide de qualité ainsi que les obstacles à la qualité de l'aide. Nous constatons que la majorité des répondants citent de nombreux facteurs facilitant la réalisation d'un service d'aide de qualité similaires à plusieurs attributs définissant la qualité d'aide évoqués précédemment. Le fait que des attributs utilisés pour définir la qualité soient repris comme facteurs facilitant son obtention, cela nous a permis de saisir plus exactement l'importance que les répondants accordent à ces attributs et ainsi de les valider. Toutefois, pour mieux comprendre une telle « similitude » entre attributs de la qualité et facteurs facilitant la réalisation d'un service de qualité, il serait nécessaire d'envisager d'autres explorations complémentaires à celles que notre étude permet de réaliser.

Pour éviter la redondance du contenu de cette section avec la précédente à cause de cette ressemblance entre facteurs favorisant la qualité et attributs de la qualité, la suite ne présentera que les obstacles à la qualité de l'aide. L'analyse des réponses des acteurs interrogés permet d'identifier plusieurs obstacles relevant de trois catégories : organisationnelle, personnelle et normative. Chacune de ces catégories comprend plusieurs sous-catégories décrites ci-dessous, seuls sont explicités les obstacles dont l'importance est considérable. Tout d'abord, une vue d'ensemble des obstacles à la qualité est présentée puis suivie de la description des différentes catégories d'obstacles.

5.3.1 Vue d'ensemble des points de vue des acteurs concernant les obstacles à la qualité

L'analyse de l'ensemble des verbatim sur les obstacles à la qualité montre que le manque de temps et le changement fréquent des intervenants sont les deux obstacles à la qualité des

services d'aide les plus fréquemment cités par de nombreux répondants. D'autres facteurs notamment le manque de moyens, les conditions de travail difficiles, la mauvaise attitude des intervenants, l'entourage familial difficile ainsi que le manque de formation font également partie des obstacles à la qualité rapportés par les acteurs.

La plupart de ces obstacles à la qualité d'aide sont présents dans le discours des trois groupes d'acteurs interrogés. Toutefois, ils ne leur accordent pas la même importance. Comme le montre le tableau XII, parmi les dix obstacles à la qualité considérés comme importants dans chaque groupe, seuls deux sont communs à l'ensemble des groupes : le manque de temps et le manque de moyens. D'autres ne le sont que pour deux groupes d'acteurs ou que pour un seul. Les personnes âgées et les intervenants désignent ensemble le changement fréquent des intervenants comme facteur défavorable à la qualité, cependant, ce facteur est presque inexistant chez les gestionnaires. Pour ces derniers, de même que pour les intervenants, ils considèrent que le manque de collaboration entre les professionnels, le manque de formation, les conditions de travail et le manque de reconnaissance constituent les principaux obstacles à la qualité de l'aide qui nécessitent une attention particulière.

Il est à noter que certains facteurs sont plus présents dans un groupe d'acteurs et quasi absents dans un autre. Par exemple les personnes âgées insistent sur les facteurs liés à l'attitude des intervenants au moment de l'intervention notamment la mauvaise attitude, la brutalité et la précipitation (intervenants pressés). Quant aux intervenants, ils évoquent l'entourage difficile, les conditions de travail et le manque de reconnaissance de leur travail. Enfin, les gestionnaires désignent davantage les problèmes de financement et le mode organisationnel. Ils ajoutent que ces obstacles peuvent parfois être sources d'inégalité en ce qui concerne les services dispensés aux bénéficiaires d'une part, et les conditions de travail des intervenants d'autre part.

Tableau XII : Les obstacles à la qualité d'aide les plus fréquemment évoqués

Acteurs Facteurs	Personnes âgées	Professionnels	Gestionnaires
Du plus fréquemment au moins fréquemment cité	<i>Changement fréquent de l'intervenant *</i>	Manque de temps ☐	Manque de temps ☐
	Manque de temps ☐	Manque de collaboration professionnelle	Manque de moyens ☐
	Mauvaise attitude de l'intervenant	<i>Conditions de travail*</i>	Manque de reconnaissance
	Intervenant pressé	Manque de moyens ☐	Manque de financement
	Brutalité de l'intervenant	Entourage familial difficile	Manque d'évaluation
	Les horaires qui ne conviennent pas	<i>Changement fréquent de l'intervenant *</i>	Système inégalitaire
	Longue attente des intervenants	Manque de reconnaissance	Manque de collaboration professionnelle
	Manque de ponctualité	Problème de formation	Problème de formation
	<i>Règles inappropriées à la réalité *</i>	Personnalité de la personne aidée	<i>Règles inappropriées à la réalité *</i>
	Manque de moyens	Manque de coordination	<i>Conditions de travail *</i>

☐ présent dans chacun des trois groupes

(*) présent au moins dans deux des trois groupes

5.3.2 Description des obstacles à la qualité de l'aide à domicile

a. Obstacles organisationnels

Quel que soit le groupe d'acteurs, la majorité d'entre eux considèrent que des facteurs relatifs aux problèmes organisationnels sont les principaux obstacles à la dispensation d'un service de qualité. Il s'agit notamment de :

- manque de temps,
- changement fréquent d'intervenant, changements des horaires, mauvaise organisation des tournées,
- manque de visibilité du dispositif, avantages inégaux selon le dispositif de prise en charge,
- manque de plan d'aide, manque de coordination et de communication, manque de suivi,
- manque de personnel et recours fréquent aux vacataires.

i. Manque de temps

De nombreux participants soulignent que le temps dont disposent les intervenants est insuffisant pour répondre effectivement aux besoins réels de la personne âgée. Les professionnels rapportent que le temps d'intervention peut varier de quelques minutes à quelques heures. Telles que les tournées sont actuellement organisées, les Aides-soignants qui interviennent pour une aide à la toilette n'y consacrent en moyenne que 30 minutes, quant aux Aides à domicile et aux Auxiliaires de vie sociale, leur durée moyenne d'intervention étant de 2h, l'insatisfaction des acteurs est récurrente, car ils estiment ces temps insuffisants pour réaliser l'ensemble des tâches.

Le manque de temps n'est pas seulement problématique pour la qualité du service rendu aux personnes âgées, il fait partie aussi des sources d'insatisfaction et de frustration ressenties par les professionnels. Ils pensent ne pas remplir leur mission de prendre soin de la personne. Ils déclarent avoir le temps de faire le ménage et de préparer le repas, mais insuffisant pour s'intéresser à la personne elle-même et pour répondre à ses demandes. Cela confirme l'importance de la dimension relationnelle de la qualité d'aide présente dans tous les entretiens. D'après les professionnels, les tâches relatives à cette dimension exigent une disponibilité horaire qui n'est pas assez prise en compte, ni dans la planification des interventions, ni dans le financement des heures d'aide. Certains intervenants rapportent être parfois obligés d'utiliser leur temps libre pour assurer le relationnel qu'ils considèrent comme primordial. Les personnes âgées disent qu'elles sont satisfaites quand l'intervenant peut rester plus longtemps pour « causer », mais cela n'est évidemment possible que lorsqu'elles sont les dernières de la tournée.

Ce problème de manque de temps concerne aussi bien le travail des intervenants au domicile que celui des gestionnaires chargés de l'encadrement et de l'organisation des interventions qui ne parviennent pas à se consacrer convenablement à l'ensemble de leurs missions.

« On se dit si on avait un peu de temps, on allait s'occuper plus de la personne » [I_AVS_2.02]
« Nous on intervient deux heures par semaine au minimum. Après on peut s'adapter si pour la personne financièrement c'est compliqué, on peut faire une heure, mais principalement c'est deux heures. Deux heures c'est vrai c'est vite passé. Après si c'est une fois par semaine, bon ça passe très vite. » [I_G_1.01]

« Le problème pour la qualité c'est le manque de temps, c'est vrai que quand on reste une heure et demie, c'est juste. C'est vrai qu'il y a des choses précises à faire, un repas ou autre. C'est vrai que dans la plupart des cas on aurait aimé rester un peu plus longtemps pour pouvoir discuter. C'est leur demande, vu que la plupart ne peuvent plus sortir à l'extérieur. Elles demandent juste de discuter. Mais on ne peut pas au bout de deux heures on a quelqu'un d'autre, il faut qu'on enchaîne. » [I_AD_2.05]

« On manque du temps, par exemple quand on a 7 patients le matin pour finir à 13h, on n'a pas assez de temps pour faire tout ce qu'on veut faire, on essaye de faire le maximum, mais ce n'est pas toujours, ça ne peut pas être complet parce qu'on est pressé de finir et aller faire une autre personne. On manque de temps. Pour bien coiffer la personne, maquiller. Maquiller on va dire on n'a pas le temps pour ça. Ce n'est pas possible, on n'a pas le temps. » [I_PS_2.11]

« Encore une fois la qualité de notre travail, on a toujours la frustration de temps, de ne pas pouvoir intervenir forcément dans des délais très courts. Le facteur temps ! Il y a un délai d'intervention qu'on réduit quand même parce que des urgences à faire, etc. Ne pas avoir le temps d'aller vraiment au fond des choses ! Au niveau de nos évaluations et de préconisation par faute de temps, parfois on ne va pas assez sur certains secteurs, on va directement à l'essentiel. On essaye de le faire, mais le temps nous rattrape. » [I_PS_1.24]

« On a "des bribes d'informations", on subodore des situations sauf quand on y va et qu'on s'y intéresse un peu sachant que les responsables de secteurs gèrent 300 dossiers chacune. Je ne vois pas comment elles peuvent connaître les situations. On budgète par mois, le D. [financeur] budgète 1h de présence au bureau des Aides à domicile. Comment voulez-vous qu'en une heure, elles, sachant que dans cette heure il faut qu'elles rendent leur feuille de travail, récupèrent le planning, les choses comme ça. Il n'y a pas le temps pour elles de s'asseoir avec nous, une par une, et de dire chez telle personne j'ai tel ou tel problème. Dès fois, on apprend des choses déjà dans une situation de crise. » [I_G_2.22]

ii. Changement des intervenants

Les participants évoquent les changements fréquents des intervenants dus entre autres à la rotation du personnel comme un obstacle à la qualité, surtout lorsque ces changements sont faits sans que la personne âgée soit préalablement informée. Certains professionnels pensent que ce problème est inévitable, mais qu'il serait possible d'en atténuer ses effets négatifs.

Pour certaines personnes âgées, le changement des professionnels n'est pas un problème en soi, le plus difficile étant le fait qu'un nouvel intervenant ne connaît ni leurs besoins ni leurs habitudes, par exemple il ne connaît pas l'emplacement des objets dans l'appartement. La personne âgée est obligée de réexpliquer tout et de s'habituer au nouvel intervenant.

Comme le suggèrent certains intervenants, quelques solutions d'ordre organisationnel devraient être envisagées pour atténuer l'impact de ces changements. Il s'agirait notamment de

proposer un passage de relais ou de transfert plus efficace ne se réduisant pas uniquement à la fiche de mission remise au professionnel. Selon leurs propositions, il faudrait prévoir un temps de transmission et de travail conjoint entre les deux intervenants au domicile afin que l'ancien puisse mieux renseigner son remplaçant et l'introduire véritablement auprès de la personne âgée.

Contrairement aux personnes âgées et aux intervenants, la plupart des gestionnaires ne considèrent pas la rotation du personnel comme un obstacle à la qualité. Au contraire, ils le justifient par la nécessité de prévenir l'épuisement des professionnels compte tenu de la prise en charge des « *cas lourds* ». Pour eux, cette rotation fréquente des intervenants permet d'éviter l'installation de mauvaises habitudes liées à la proximité prolongée entre l'intervenant et la personne aidée. C'est pourquoi ils considèrent que la rotation du personnel est inévitable.

Les exemples ci-dessous montrent la façon dont ce problème de rotation du personnel est abordé.

1° par les personnes âgées :

« À beh oui, il y a ceux qui sont plus ou moins bien ça c'est sûr. Il y en a même qu'on ne garderait pas. Je vois tellement de personnes, je ne peux pas vous dire exactement. »
[I_PA_2.37]

« Oui quand même un peu, quand même. Je ne sais pas comment vous dire, comme ça change tout le temps, quand vous êtes habitué à une personne, qu'elle commence à vous connaître, ainsi de suite. Mais à chaque fois c'est une étrangère. Alors il faut recommencer tout. »
[I_PA_2.37]

« Les personnes que j'ai pour l'instant je n'ai rien à dire, c'est bien. À un moment donné ça changeait beaucoup, ça tournait, ça tournait, ce n'est pas bien. Ils ne veulent pas peut-être que les gens s'habituent aux gens qui viennent, mais ce n'est pas mieux de faire ça parce qu'à chaque fois la personne cherche comment elle va s'y prendre ...] [IPA 2.26]

« Je suis habitué à avoir plusieurs personnes ça ne me dérange pas. J'avais un AVS, presque une année, c'était mieux, je n'étais pas obligé d'expliquer tout le temps. On ne me demande rien, il faut que je réexplique. On m'avertit la veille, je ne connais pas la personne, c'est très difficile. » [I_PA_1.16]

2° par les professionnels :

« Les patients ne sont pas contents non plus parce que c'est des gens qui ont besoin d'avoir quelqu'un de fixe. Ils ont besoin d'un repère et ça, ça les déstabilise énormément. De voir une personne différente chaque jour, déjà on rentre dans leur intimité et on a un contact physique avec eux, et ça, ce n'est pas bon ni pour nous ni pour les patients. Ça, ce n'est pas à notre niveau, c'est aux supérieurs, ils font ce qu'ils peuvent, mais ça crée beaucoup de tension. » [I_PS_2.18]

« Éviter des roulements trop fréquents, avoir une personne tout le temps différente ; on essaye, mais c'est un peu compliqué. » [I_PS_1.24]

b. Mauvaises conditions de travail

Les participants à l'étude, en particulier les intervenants, mentionnent que les mauvaises conditions de travail ne facilitent pas la réalisation d'une aide de qualité. Ils évoquent notamment, la solitude des intervenants, la charge du travail, le manque de matériel, la distance entre les lieux d'interventions et la gestion des problèmes spécifiques au contexte du domicile. Ces obstacles sont cause de fatigue et d'épuisement des intervenants avec des répercussions considérables sur la qualité du service rendu.

« Déjà les conditions au domicile et la charge de travail qu'on a. Même si on a 7 patients, il y a des grabataires qui sont au lit, des gens qui demandent beaucoup de temps, tout ça fait que ça peut détériorer notre qualité de travail. Parce qu'on est obligé de calculer notre temps, sinon ça nous décale complètement. Il y a des gens qui attendent, on a des gens qui ont des RV, des gens qui ont des kinés, on doit gérer notre temps, on doit faire notre travail dans les meilleures conditions possibles, c'est un tout un tas de choses à gérer. » [I_PS_2.18]

« Moi oui. J'aime bien mon métier. Parfois ce n'est pas facile, par exemple quand vous finissez une personne et que vous êtes obligé d'attendre une heure pour aller faire une autre personne parce qu'elle ne veut pas manger plutôt, là c'est quand même..., là par exemple aujourd'hui, j'avais quelqu'un entre 14h et 16 et je suis obligé d'attendre 17 pour aller faire l'autre personne. Ça quand même c'est. Moi j'ai la chance, j'habite à Paris, mes collègues qui habitent loin sont obligés de rester dehors entre temps. Le week-end aussi, une fois que vous êtes rentré chez vous vous n'avez plus envie de sortir, mais quand vous devez aider quelqu'un après quatre heures vous devez ressortir. » [I_IAMS_2.02]

« La seule chose qui me dérange c'est la coupure de 1h à 16h. Ça, ça me fatigue. Il faut prendre 4 fois le transport en commun, ça vous casse votre journée. La plus grande coupure et très néfaste. Ça nous fatigue beaucoup. La salle de repos est sinistre, je ne vais pas rester à cause de ça. C'est dommage, j'aime les patients que je soigne, mais je ne peux pas. » [I_PS_1.2]

i. Solitude des intervenants

Les intervenants sont confrontés à l'isolement professionnel et sont obligés de gérer seuls les situations difficiles tels que les conflits familiaux ou les décès. Certains qualifient ces situations « déprimantes ».

« On a besoin de raconter de ce qu'on a vécu, de demander des conseils, d'avoir des avis. On a besoin d'extérioriser parce que sinon c'est un travail qui est quand même difficile et qui peut (Inaudible). Quand on rentre chez nous le soir on est complètement déprimé. Parce

que justement on n'a pas eu l'occasion de raconter ce qui s'est passé, ce qu'on a vécu, ce qu'on a ressenti. Et ça, c'est un gros point négatif ici, c'est qu'il n'y a pas, il y a un psychologue pour les patients et il n'y a pas un psychologue pour nous. » [I_PS_2.18]

Contrairement à l'institution telle que l'hôpital ou la maison de retraite, les professionnels sont souvent seuls au domicile lors de leur prestation et manquent de soutien lorsqu'ils sont confrontés aux situations difficiles. Ils déclarent se sentir quelquefois abandonnés et aimeraient bénéficier davantage de soutien psychologique et d'écoute de la part de leur supérieur hiérarchique.

Les intervenants reconnaissent leur manque de compétences pour gérer certaines situations difficiles, ils regrettent le manque d'information sur certains aspects indispensables pour la qualité notamment concernant les techniques de communication et l'accompagnement de fin de vie.

ii. Manque de moyens matériels

Le manque de matériel approprié au domicile et la précarité de certaines personnes âgées qui n'ont pas le minimum pour assurer leur hygiène ne facilitent pas la dispensation d'aide de qualité. Par exemple, les intervenants rapportent que quelques appartements sont équipés uniquement de lavabo. Par conséquent, les personnes âgées n'ont pas de possibilité de prendre une douche.

iii. Distance parcourue par les intervenants

Les trajets entre les domiciles des personnes âgées sont parfois assez longs et fatigants. Étant donné que les tournées sont organisées en fonction des besoins des bénéficiaires et moins par rapport à la proximité géographique, les intervenants peuvent intervenir presque au même endroit mais aux horaires différents, ce qui leur exige de faire plusieurs allers/retours dans la journée. De plus la majorité des intervenants habitent loin de leur lieu de travail.

« La seule chose qui me dérange c'est la coupure de 1h à 16h. Ça, ça me fatigue. Il faut prendre 4 fois le transport en commun, ça vous casse votre journée. La plus grande coupure et très néfaste. Ça nous fatigue beaucoup. La salle de repos est sinistre, je ne vais pas rester à cause de ça. C'est dommage, j'aime les patients que je soigne, mais je ne peux pas bien les aider. » [I_PS_1.21]

« Ehh, moi il y a des fois que les patients sont à l'opposé. On passe beaucoup de temps dans le trajet que chez les patients quoi. C'est dommage et c'est surtout le WE, le WE on est un peu partout ! » [I_PS_1.23]

iv. Manque de moyens financiers

Ce sont les gestionnaires qui s'expriment le plus sur les facteurs concernant le financement. Ils évoquent surtout des problèmes de financement insuffisant et du mode de rémunération des prestations qui ne leur donnent pas de marge de manœuvre pour trouver les solutions adaptées à la situation de la personne. Le mode de financement d'une prestation d'aide relève du secteur médico-social et il n'est pas le même que celui du secteur sanitaire. Par conséquent, certains avantages liés au mode de financement peuvent parfois avoir de l'impact sur le volume de prestation dont la personne peut bénéficier, sur sa participation financière et sur les conditions de travail des intervenants.

D'après les gestionnaires, la situation financière de leur structure se dégrade d'année en année, les moyens diminuent alors que l'état des personnes âgées « se détériore ». Certains organismes de financement changent les conditions d'octroi des moyens financiers, par conséquent certaines personnes âgées se retrouvent avec moins d'heures d'aide alors que leur niveau de dépendance reste stable ou augmente. D'après les propos des gestionnaires, ils se retrouvent souvent dans des situations les obligeant de « *trouver des solutions avec les moyens du bord* ». Ils considèrent que le recours aux différents modes de financement actuels est source d'inégalité entre salariés d'une même structure et crée l'iniquité des prestations d'aide entre des personnes âgées ayant le même niveau de dépendance.

« Le gros point négatif c'est le service d'aide très cher, et la plupart des personnes ne sont pas contentes du service. Il y a des personnes qui auraient besoin beaucoup d'heures, mais financièrement ce n'est pas possible. » [I_PS_2.02]

c. Problèmes relationnels

Les problèmes relationnels peuvent provenir des conflits familiaux ou entourage familial difficile, des mésententes entre les professionnels, de la mauvaise attitude de l'intervenant et de la personnalité des bénéficiaires. L'un de ces problèmes peut suffire pour perturber la relation entre la personne aidée et l'intervenant, entre l'intervenant et la famille ou entre les professionnels. Toutes ces situations sont défavorables aux fondamentaux de la qualité comme

la collaboration et la coopération des acteurs. En conséquence, les besoins de la personne risquent de n'être ni exprimés ni recherchés.

La moitié des acteurs estime que la mauvaise attitude de l'intervenant est un obstacle pour la qualité de la prestation, car elle ne favorise pas la relation de qualité entre l'intervenant et la personne aidée. Parmi les facteurs cités, on peut retenir notamment le fait que l'intervenant soit pressé, brutal, envahissant, vulgaire et indifférent. D'autre part, la mauvaise attitude d'un intervenant envers ses collègues peut être source de conflits entre les professionnels. Il est à noter que la personnalité de la personne aidée peut influencer l'attitude de l'intervenant, bien que cela ne puisse justifier la mauvaise attitude de l'intervenant.

La distinction entre « intervenant pressé » et « manque de temps » est percevable dans les discours des acteurs. Le premier obstacle relève davantage de l'attitude de l'intervenant au moment de sa prestation et il est moins toléré, alors que le deuxième est lié au temps réel dont disposent les professionnels pour réaliser leurs missions. Le manque de temps semble être facilement compréhensible par la plupart des personnes âgées qui expriment leur empathie envers les intervenants très surchargés.

d. D'autres facteurs individuels

i. Manque de formation et de compétence

Plusieurs problèmes liés à la formation et à la compétence des professionnels sont évoqués, notamment ceux du manque d'écoute et d'anticipation, le manque d'expérience pour certains intervenants, la formation inadaptée aux problèmes du domicile ainsi que la mauvaise connaissance du secteur d'aide par les intervenants censés orienter la personne âgée.

« Nos diplômés ce n'est pas pour rien, mais le relationnel par contre, on n'a jamais été vraiment formé pour ça. C'est le soin technique point barre. Sauf que ce n'est pas ça, c'est autre chose, il y a ça certes, mais si le reste on le fait ça ne fonctionne pas ; on peut rendre quelqu'un très malheureux parce qu'on a un mauvais contact avec lui. » [I_PS_2.18]

ii. Manque de reconnaissance des intervenants

Les gestionnaires sont nombreux à souligner les conséquences de la déconsidération du travail des intervenants, la dévalorisation des professions d'aide, le manque de légitimité des intervenants et l'ignorance des informations qu'ils détiennent. Les gestionnaires regrettent la méconnaissance du rôle des AVS souvent considérés comme des femmes de ménage, alors qu'ils sont formés pour dispenser des services d'accompagnement social. Ils soulignent par ailleurs que ce manque de reconnaissance est l'une des causes du désengagement des intervenants dans les projets des structures prestataires.

« Je reviens à la question de valorisation des aides à domicile. Après les aides-soignants sont à l'échelon au-dessus. Les usagers privilégient le passage d'aide-soignante que d'aide à domicile. L'aide-soignante est là et l'aide à domicile faites-moi ce ménage-là, et attendez que l'aide-soignante me lave. C'est comme un médecin est chez l'utilisateur, et que l'utilisateur oblige le médecin de revenir. Vous voyez, on est dans une société qui privilégie l'échelon plus haut que celui le plus bas quoi ! Entre AVS et aide-soignante, parfois il y a des embrouilles je dirais. » [I_G_2.24]

« Il faut avoir des formations pour changer leur image, car, pour elles, être aides à domicile c'est dévalorisant. Elles ont beaucoup de choses à nous transmettre et quand il y a une bonne relation qui existe entre les aides à domicile et les soignants, elles nous transmettent beaucoup de choses. Je me dis qu'il faudrait faire un travail à leur niveau, pour les faire comprendre qu'elles ont une importance. » [I_PS_2.03]

« Comme je l'ai expliqué, ce n'est pas méchant de ma part, mais je pense vraiment, ce n'est pas un métier valorisant. Même quand on parle d'aide-ménagère, c'est un terme qui n'existe plus. Après quand on entend qu'il y a les assistantes sociales qui l'utilisent, je les reprends. C'est une aide à domicile, ce n'est pas une femme de ménage, non c'est une aide à domicile. Ça joue sur les termes après ce n'est pas valorisant. Donc elles font assez de ce qu'elles sont. » [I_G_2.24]

iii. Situation globale de la personne âgée

D'après la perception des intervenants, les problèmes liés la situation de la personne âgée peuvent être l'origine des obstacles à la qualité d'aide, notamment l'isolement, les conditions de vie de la personne, l'état de santé et le refus d'aide. Néanmoins, ces obstacles sont quasi absents dans le discours des personnes âgées.

e. Obstacles liés aux exigences normatives : injonctions paradoxales

Plusieurs personnes interrogées soulignent que certaines conceptions de la qualité et certaines exigences prescriptives vont à l'encontre de la qualité d'aide du fait qu'elles ne

correspondent ni à la réalité contextuelle ni aux besoins et aux attentes des acteurs. Malgré l'acceptation *officielle* de ces normes, elles sont perçues par les acteurs, en particulier les personnes âgées et les intervenants, comme des paradoxes. Par conséquent, chaque acteur en situation adapte son comportement et développe ses propres stratégies de contournement afin de poursuivre son but et défendre ce qui lui paraît essentiel en présence de ses injonctions lui paraissant paradoxales. En revanche, la conviction et l'adaptation des intervenants ne les empêchent pas de souffrir de cette contradiction entre leur conscience et les normes qui leur sont dictées, provoquant parfois des situations de frustrations ou d'insécurité émotionnelle. Dans ces conditions, leurs capacités de créativité et d'initiatives sont réduites.

Pour mieux saisir ce dont il s'agit, trois exemples de ces injonctions paradoxales sont présentés ci-après : relation de confiance et détachement affectif, droit au risque et sécurité, et enfin travail prescrit versus travail réel.

i. Relation de confiance et détachement affectif

Plusieurs intervenants et personnes âgées regrettent l'instruction donnée aux intervenants de « *ne pas s'attacher aux personnes aidées* ». De nombreux acteurs évoquent l'impossibilité de respecter cette règle en développant dans le même temps la relation de confiance qui repose sur l'empathie, l'authenticité et la congruence.

« *On nous dit toujours de mettre une barrière, il ne faut pas trop s'attacher, ça déjà ce n'est pas facile, ce n'est pas possible de ne pas s'attacher.* » [I_PS_2.18]

La plupart des gestionnaires portent un autre regard sur ce problème. Ils utilisent la notion de *détachement*, et pour eux, elle relève de l'attitude professionnelle qui exige des intervenants de garder une certaine distance entre eux et les personnes aidées. Il s'agit d'un impératif ayant pour but de les protéger contre l'investissement personnel excessif dans des situations risquant de les épuiser physiquement et émotionnellement. Cependant, les intervenants et les personnes âgées expliquent que cette attitude de détachement présente un obstacle à la qualité de leur relation.

En conséquence de cette discordance de vision entre les gestionnaires et les personnes âgées, lorsque ces dernières sont satisfaites des services rendus par l'intervenant, elles s'obligent tout de même à modérer leur satisfaction exprimée auprès de l'équipe d'encadrement par peur

de perdre l'intervenant qu'elles apprécient. De même, en cas d'insatisfaction faisant suite à l'indifférence de certains intervenants, elles n'en parlent pas aux responsables, car elles pensent que ces intervenants sont distants pour obéir aux ordres reçus.

« ...il ne faut pas qu'on s'attache. Si on s'attache trop, ils nous l'enlèvent. Alors il ne faut pas leur montrer. Il ne faut pas le montrer, pas à elle, comme elle s'appelle, à la coordinatrice. Par exemple s'il y a un contrôle qu'on nous demande par exemple vous aimez madame un tel ? Beh oui, normalement, il ne faut pas leur dire ah oui il ne faut pas me la retirer, parce qu'elle est comme ça. Parce que là, elle risque de me la retirer, et me mettre quelqu'un d'autre... C'est dommage, même elles, elles s'attachent à nous. Elles sont obligées de s'attacher à nous, parce qu'elles s'occupent de nous... » [I_PA_2.25]

ii. Droit au risque et obligation de sécurité

Assurer la sécurité de la personne fait partie des missions des intervenants. Pour eux, la personne âgée ne doit courir aucun risque pendant leur présence, sinon leur responsabilité professionnelle serait engagée. En conséquence, ils privilégient les pratiques « sécuritaires » limitant parfois la liberté des personnes âgées. Pour justifier le non-respect de la volonté de la personne aidée, les intervenants mettent en avant les motifs de sécurité et son état de santé. D'après leurs propos, l'impératif de sécurité est compris dans le sens d'une obligation de résultat et non pas seulement dans celui d'une obligation de moyens. De ce fait, le respect de la volonté et du choix de la personne aidée, perçus pourtant comme un attribut de la qualité d'aide, est mis en cause dès le moindre risque. La gestion des risques se focalise uniquement sur les risques physiques dont les conséquences sont immédiates telles que les chutes par exemple. Par contre, les effets négatifs liés aux mesures prises ne respectant pas la volonté de la personne et ayant des conséquences psychologiques et sociales sont absents du discours des professionnels.

Par ailleurs, les autres facteurs notamment l'absence de travail d'équipe, le manque de compétence pour certains intervenants, le manque de compréhension de la situation, la rotation fréquente d'intervenants renforcent leur incertitude par rapport à leur perception du risque encouru par la personne âgée. Par conséquent, leur capacité d'évaluation et de gestion du risque devient limitée. D'où leur comportement soit de « surprotection », soit de « distanciation » envers la personne âgée.

Le discours des intervenants montre que leurs décisions sont prises en fonction de la crainte d'un danger qui reste cependant indéterminé, ils perçoivent tout incident comme un

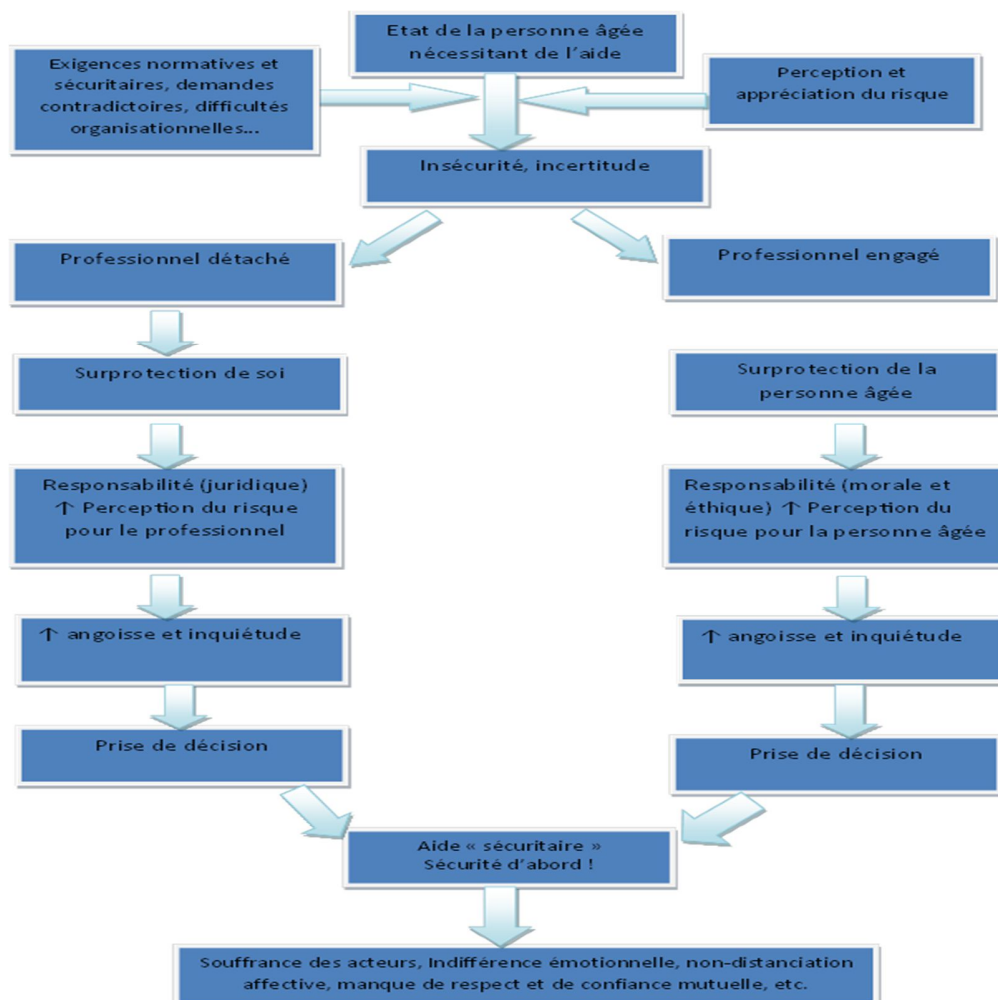
échec et ne se réfèrent pas aux démarches préventives. La peur du risque et la nécessité absolue de la sécurité constituent un véritable obstacle à la qualité.

« On ne veut pas qu'elles tombent, c'est notre responsabilité. Imaginer qu'elle se casse quelque chose, on va se sentir coupable d'avoir fait mal notre travail, de ne pas être à la hauteur. On est pris entre deux chaises. On a la personne qu'on aide qui va nous dire, non je suis capable de faire ça. Donc il faut leur laisser une certaine autonomie. De l'autre côté on a des enfants, ou un neveu, ou un tuteur légal qui va nous dire : attendez ! Vous n'avez pas su protéger. Vous entendez ce que je veux dire. Nous d'un côté on essayerait de bien faire, de l'autre côté on va avoir la famille qui va nous dire vous n'avez pas pu protéger ma mère. C'est votre travail. Vous auriez dû l'empêcher de tomber. » [I_AVS_1.21]

Plusieurs intervenants ont rapporté qu'ils ne sont pas assez informés sur leurs responsabilités en cas d'incidents ou d'accidents survenant au cours de la dispensation de leurs prestations. D'autre part, les risques que présentent certaines situations sont sommairement évalués, chaque intervenant fait sa propre appréciation et la transmission d'informations reste insuffisante. Comme le montre l'un des exemples évoqués par les intervenants lors de la restitution des résultats de cette recherche, aucun professionnel parmi les douze présents, y compris la personne chargée de la coordination, n'a été capable d'expliquer la raison de la contention physique mise en place depuis deux mois pour une personne âgée considérée à risque. Malgré les remises en question de ceux qui intervenaient à ce moment au domicile de cette personne, cette « mesure de sécurité » avait perduré. Cette situation révèle probablement que certaines pratiques sont *irréfutables* au nom de la sécurité.

Au regard de la figure ci-dessous, l'incompréhension des responsabilités professionnelles peut entraîner des pratiques *sécuritaires* d'aide non justifiées, quelle que soit l'attitude d'engagement ou de détachement d'un intervenant auprès de la personne âgée. Le mode opératoire de la prestation d'aide basé sur les incapacités de la personne, sans tenir compte de ses capacités physiques et de son autonomie décisionnelle préservées, est à même de favoriser de telles pratiques qui pourtant, peuvent occasionner de graves problèmes plus dangereux que ceux du risque éventuel que l'on souhaite éviter.

Figure 2 : Processus du mécanisme de l'aide « sécuritaire » non justifiée



iii. Travail prescrit versus travail réel

Les intervenants décrivent la situation d'aide à domicile comme une réalité souvent très différente de celle présentée sur leur feuille de mission. Ils sont obligés de s'adapter pour dispenser un service dont la qualité s'approche de celle attendue par les bénéficiaires ou de celle des services dont ils souhaitent dispenser.

En outre, d'après plusieurs intervenants, leur travail prescrit semble être figé, alors que la situation réelle ne cesse d'évoluer. Il y a donc un décalage entre la réalité à laquelle les intervenants sont confrontés et la situation prise en compte par les gestionnaires et décideurs. Par conséquent, les règles du travail prescrit, définissant les normes auxquelles les intervenants

devraient se conformer, ne correspondent pas aux besoins réels de la personne aidée et elles entravent parfois certains attributs de la qualité d'aide comme la flexibilité des intervenants et le respect de la volonté de la personne aidée.

Certaines règles compliquent les difficultés inhérentes à la complexité et à la singularité du contexte réel de la personne âgée. Les intervenants les perçoivent comme discordantes avec la nécessité d'adaptation et de créativité pour mieux répondre aux besoins de la personne aidée. D'où l'importance du travail d'équipe et de la mise en place d'un processus réflexif permettant d'instaurer des règles basées sur le travail réel.

f. Obstacles liés aux valeurs de la structure prestataire

Quelques professionnels déplorent le fait que leurs structures soient engagées dans un fonctionnement qui s'inscrit dans la logique commerciale et industrielle les incitant à « *faire du chiffre* » dans l'objectif de rentabilité. D'après ces professionnels, cette « *culture du chiffre* » favorise l'augmentation de leur charge de travail, les patients sont considérés comme des clients. Dès lors, ils estiment que les valeurs de leurs métiers disparaissent et ils se sentent perdus. Ils s'interrogent sur la finalité de leur prestation et sur la place de la personne bénéficiaire de l'aide, tantôt patient, tantôt client. Cela peut avoir évidemment des répercussions négatives sur la façon dont ils envisagent leur relation avec la personne aidée. D'après les intervenants, cette relation ne devrait pas être de nature contractuelle, mais plutôt basée sur la confiance et sur les principes moraux et éthiques.

« Avant on avait moins de patients chaque jour, c'était mieux, je pense que la qualité était nettement meilleure. Il y a eu beaucoup dans les changements, maintenant il faut faire du chiffre et puis c'est tout. C'est dommage. Parce que ce ne sont pas des patients, maintenant ce sont des clients, on les appelle comme ça. Ce n'est pas le même rapport, tout de suite quand on parle de clients, on parle d'argent, on parle de rentabilité [parle avec un ton grave !], alors qu'avant la « spasad2 » était une association, c'était heuue, ce n'était pas la même mentalité, ce n'est pas les mêmes objectifs qu'avant ! Ça ne me plait pas, mais peut-être ça plait aux autres ! » [I_PS_2.18]

Quant aux gestionnaires, ils considèrent que les conditions actuelles de financement ne leur permettent pas d'assurer la qualité d'aide. Par exemple le modèle de standardisation du temps d'intervention voulu par certains financeurs va à l'encontre de la qualité des prestations qu'ils souhaiteraient proposer. Pour eux, la « *marchandisation* » du secteur de l'aide menacerait

l'offre des services d'aide de qualité et l'accès universel et équitable à ces services. Ils affirment subir la pression due à cette situation, car, les structures prestataires non rentables disparaissent malgré leur dispensation de services d'aide de qualité.

Pour garder un niveau de qualité adéquate, les intervenants et les gestionnaires indiquent que souvent ils sont obligés de « *bricoler des solutions* », parfois en contradiction avec le Code du travail ou en désaccord avec la volonté des financeurs. Ils rapportent être souvent « *blâmés* » lors des contrôles du fait d'avoir dérogé aux règles habituelles qui leur paraissent inadaptées aux ressources mises à leur disposition et aux besoins des personnes âgées.

« ...je ne les surmonte même pas les difficultés, je les contourne. ... donc on va essayer de détourner le problème; après on fait du bricolage, avec les moyens du bord. » [I_G_2.22]

« On peut toujours mieux faire en fait. Il y a aussi des limites. Malheureusement des fois on a des contraintes ...on se retrouve à faire de petites bricoles. » [I_PS_2.01]

« ...il y a les problèmes de financement, ça, c'est très clair. Il y a quand même depuis quelques années une baisse de financement oui, parce qu'il y a une baisse de ressources, il n'y a pas de financement suffisant, ça, c'est évident on est obligé de bricoler. » [I_G_1.03]

Les gestionnaires expliquent également être en difficulté pour conserver les valeurs sur lesquelles sont basées leurs prestations d'aide qui leur semblent fondamentales. Ils affirment leur volonté d'utiliser tous les moyens disponibles pour ne pas céder à l'incitation de marchandisation de leurs prestations, contrairement à ceux qui mettent en place des stratégies de facilité aux dépens de la qualité de leurs prestations.

Chapitre 6 : DISCUSSION

Cette thèse a pour but de contribuer à une meilleure compréhension de ce qu'est la qualité des services d'aide aux personnes âgées dépendantes vivant à domicile afin de proposer les éléments appropriés pour son amélioration et sa mesure. Pour ce faire, deux objectifs spécifiques ont été poursuivis, celui de comprendre la conception de la qualité de l'aide à domicile et de décrire ses attributs selon les perspectives des différents acteurs, ainsi que celui d'identifier les facteurs facilitant ou limitant la production d'un service d'aide de qualité. Ainsi, une étude qualitative de type étude de cas multiples a été réalisée en impliquant deux structures prestataires des services d'aide et une centaine d'acteurs participant au processus de production de ces services. L'analyse des points de vue des acteurs a permis d'identifier les attributs de la qualité qu'ils considèrent comme importants pour un service d'aide de qualité ainsi que les obstacles à la qualité d'aide. Ces attributs ont été regroupés en sept dimensions interreliées, constituant la configuration systémique de la qualité d'aide en trois champs : relationnel, procédural et transversal.

La discussion consiste à mettre en perspective les résultats de l'étude par rapport à l'état des connaissances actuelles dans le domaine de la qualité des services, en particulier celles des services du système de soins que nous considérons comme proches des services d'aide par leur nature. Cette discussion est organisée en cinq parties :

- La première aborde la conception de la qualité d'aide au regard du point de vue des acteurs et de la littérature.
- La deuxième explicite les dimensions de la qualité d'aide ; la définition de la qualité d'aide y est proposée.
- La troisième concerne l'approche opérationnelle de la définition de la qualité d'aide pour la rendre plus explicite et faciliter ainsi son appropriation et la rendre effective dans la pratique des acteurs.
- Dans la quatrième partie, nous soulignons les paradoxes et les obstacles à la qualité d'aide auxquels sont confrontés les acteurs et dont la prise en compte est essentielle pour améliorer l'efficacité de la démarche qualité des services d'aide à domicile.
- Enfin la cinquième partie présente les forces et les limites de l'étude.

6.1. Conception de la qualité d'aide à domicile : perspectives empiriques et approches théoriques

Les résultats de cette thèse indiquent qu'il existe des similitudes et des différences de conception de la qualité selon les acteurs de services d'aide à domicile : personnes âgées, professionnels et gestionnaires. Toutefois, les perspectives des intervenants et celles des personnes âgées restent généralement très proches. Les résultats apportent en outre les précisions contextuelles permettant de mieux comprendre la façon dont les acteurs conçoivent la qualité d'aide. *In fine*, il est à constater que des conceptions différentes de la qualité d'aide coexistent.

L'étude montre que, tout comme les personnes âgées, les intervenants ont une conception de la qualité contextualisée et ancrée dans la réalité qui relève de leur quotidien. Les deux groupes d'acteurs se réfèrent aussi bien à leurs expériences qu'aux besoins concrets des personnes âgées. En même temps, ils évoquent les obstacles à la qualité auxquels ils sont confrontés tous les jours. De ce fait, les spécificités des situations réelles sont perceptibles dans leur façon de définir la qualité, prouvant ainsi sa dépendance au contexte. Cela concorde avec l'idée de Campbell et al. (2000) qui recommandent de prendre en compte le contexte dans lequel des services sont dispensés afin de mieux définir et de mieux évaluer la qualité des services concernés. Ces auteurs considèrent que « le concept de la qualité est plus significatif lorsqu'il est appliqué à l'utilisateur individuel des soins de santé », les personnes âgées et intervenants s'inscrivent dans cette perspective individualisée de la qualité.

De même, ces acteurs estiment qu'un service d'aide de qualité est celui dispensé de manière personnalisée, tenant compte de la situation spécifique de la personne aidée et considérant la personne dans sa globalité comme cela est souligné dans la philosophie du caring (Cara, 2010; Watson, 2006b). Ainsi, un service d'aide de qualité répond de manière juste et appropriée aux différents besoins de la personne (Campbell et al., 2000b; Donabedian, 2003), y compris ceux du domaine social et affectif. Pour les personnes âgées et pour les intervenants, l'importance de ces besoins est considérée quasiment de manière identique à ceux du domaine fonctionnel. Bien que les besoins relevant de ce domaine soient souvent évoqués comme la principale raison du recours aux services à domicile, les dimensions de la qualité d'aide telle que les acteurs la conçoivent dépassent les aspects uniquement instrumentaux. La conception

d'un service d'aide de qualité par les personnes âgées et par les intervenants s'inscrit donc dans une approche globale de la personne en intégrant ses besoins socioaffectifs. L'étude montre que le champ relationnel est plus valorisé. Ce champ constitue la base des modèles conceptuels dont les auteurs se réfèrent à la philosophie du caring, notamment le *Quality-Caring model* de Duffy & Hoskins (2003).

Quant aux gestionnaires, moins confrontés à la réalité du terrain, ils définissent la prestation d'aide en mettant en avant les normes éthiques et procédurales. Ils s'inscrivent dans la perspective d'un service *idéal* (Haddad et al., 1997; Mattsson, 1992), fondé particulièrement sur les valeurs éthiques (Huycke & All, 2000). Même si les gestionnaires considèrent qu'un service de qualité est celui qui répond aux attentes des bénéficiaires, leurs propos sont moins concrets et plus prescriptifs que ceux des intervenants et des personnes âgées (Dougnet et al., 2005). En nous référant aux travaux de Vuori (1984), nous constatons que les gestionnaires s'inscrivent dans une définition nominale de la qualité que l'auteur considère comme plus normative que fonctionnelle. En fait, la conception des gestionnaires est plus *générique* que celle des personnes âgées et des intervenants qui ont une approche *désagrégée* de la qualité (Campbell et al., 2000b).

Étant donné que la conception de la qualité des personnes âgées et des intervenants intègre des spécificités situationnelles et individuelles, elle est plus facilement opérationnelle que celle des gestionnaires qui prennent en compte à la fois les perspectives individuelles et sociétales (Campbell et al., 2000b). Ces deux perspectives ne répondant pas aux mêmes logiques, le discours des gestionnaires, moins ancré dans la réalité vécue, est parfois ambigu et générateur d'injonctions paradoxales pour les acteurs de terrain. Les résultats de l'étude confirment ainsi la nécessité de préciser le niveau de définition de la qualité, c'est-à-dire individuel, organisationnel ou sociétal (Campbell et al., 2000b), afin qu'elle soit utilisée au niveau correspondant. Dans le même registre, la définition de la qualité et son appréciation nécessitent la prise en compte des perspectives des acteurs afin que les résultats des évaluations réalisées puissent être applicables au niveau individuel (Campbell et al., 2002; Campbell et al., 2000b; Roberge et al., 1998).

De façon générale, les critères systémiques de la qualité, notamment ceux de l'accès aux services (Kröger et al., 2007; Oermann & Templin, 2000; Saliba & Schnelle, 2002) et ceux de

la continuité (Roemer & Montoya-Aguilar, 1989; Wenger et al., 2007), sont moins mis en avant par les participants à l'étude. Cependant, les déterminants de ces critères, comme les soins personnalisés, la coordination des prestations et les soins centrés sur la personne, sont évoqués parmi les attributs de la qualité d'aide. Cela concorde avec l'idée de Vuori (1984) considérant que l'accessibilité et la continuité ne sont pas des variables opérationnelles de la qualité. Nous constatons en effet que pour définir la qualité des services d'aide, les personnes âgées autant que les professionnels privilégient le niveau individuel et organisationnel par rapport au niveau populationnel (Young, 1997).

Il est à noter que la comparaison des dimensions de la qualité des services d'aide par rapport aux autres services de santé est difficile et exige de la prudence, car soit les services et les contextes sont de natures différentes, soit le regroupement des attributs composant les dimensions de la qualité considérées est fait différemment, ou encore, parce qu'un attribut de la qualité dans une étude peut être considéré comme une dimension dans une autre étude et inversement. En outre, de nombreuses dimensions de la qualité sont fréquemment définies au niveau général du système de santé par rapport au niveau d'un service plus précis (Campbell et al., 2000b). Cela expliquerait les différences éventuelles constatées dans notre étude, en termes de contenu des dimensions, de leur configuration les unes par rapport aux autres et de leur importance.

6.2 Dimensions et définition de la qualité d'aide

L'étude confirme le caractère multidimensionnel de la qualité décrit par les différents auteurs (Campbell et al., 2000b; Rantz et al., 1999; Zeynep & Com-Ruelle, 2008). Elle met en évidence sept dimensions constituant la qualité d'aide à domicile, à savoir : qualités personnelles, attitude et compétence des intervenants, relation interpersonnelle, qualité organisationnelle, justesse des réponses aux besoins de la personne âgée et valeurs éthiques. Ces dimensions forment trois champs de la qualité d'aide : qualité relationnelle, qualité procédurale et qualité transversale.

L'analyse des perspectives des acteurs a permis de comprendre le construit et l'importance de chacune des dimensions identifiées. L'adéquation des services aux besoins de la personne ou justesse des réponses et la relation interpersonnelle constituent les deux

principales dimensions de la qualité d'aide. Ces deux dimensions se retrouvent dans les cadres conceptuels de la qualité des services de santé les plus connus, celui de Donabedian (Donabedian, 2003), de Rantz et ses collaborateurs (Rantz et al., 1999) et celui de Duffy et Hoskins (Duffy & Hoskins, 2003).

Les résultats de l'étude montrent que les points de vue des personnes âgées et ceux des professionnels sont plus concordants sur ces deux dimensions qu'ils le sont sur les autres. En revanche, les questionnaires mettent en avant la qualité organisationnelle et la compétence des intervenants. Les qualités personnelles de l'intervenant sont moins évoquées par les questionnaires et par les intervenants alors qu'elles sont très appréciées par les personnes âgées. La concordance des points de vue des personnes âgées avec ceux des intervenants, notamment pour ce qui concerne les dimensions considérées comme les plus importantes, diffère de la vision dichotomique souvent rapportée dans la littérature, selon laquelle les prestataires considèrent prioritairement l'excellence technique de leurs actes instrumentaux, alors que les bénéficiaires privilégient la qualité relationnelle. Cette convergence des perspectives entre personnes âgées et intervenants pourrait jouer un rôle majeur dans l'effort d'amélioration de la qualité des services d'aide, car elle faciliterait l'implication de ces acteurs dans un projet commun de démarche qualité.

Les résultats de notre étude confirment l'importance de la qualité relationnelle démontrée dans plusieurs études empiriques des autres contextes, dont celle de DePalma (2002) réalisée dans un service de court séjour, celle de Chao et Roth (2005) réalisée dans une institution de soins de longue durée et celle de Couillerot-Peyrondet et al. (2011) concernant la relation soignant-médecin. Ces résultats corroborent les données scientifiques disponibles qui réaffirment la nécessité d'une bonne relation entre le soignant et le patient (Bertakis et al., 1991; Donabedian, 2003; Mechanic & Schlesinger, 1996). En ce qui concerne cette dimension relationnelle, les points de vue des acteurs mettent en évidence la nécessité d'apporter une solution à l'isolement social et au sentiment de solitude faisant partie des problèmes majeurs des personnes âgées (Bensadon, 2006). Cette relation leur permet souvent d'avoir un échange fructueux apportant un enrichissement mutuel. En ce sens, les services d'aide jouent un rôle de solidarité intergénérationnelle qui mérite d'être reconnu.

Afin d'aboutir véritablement à la *relation d'aide* de qualité (Ravon & Laval, 2005), celle-ci doit être sincère et authentique (Duffy & Hoskins, 2003), issue d'un processus interpersonnel impliquant activement les personnes aidées dont les compétences et les connaissances expérientielles doivent être prises en compte (Jouet et al., 2010; Pomey et al., 2015). La description des attributs de cette relation de qualité faite par les participants à l'étude correspond à celle faite par différents auteurs qui soulignent leur importance : le respect mutuel, la confiance et la bienveillance (Attree, 2001), la conviction, l'écoute, la présence, la connaissance de la personne (Duffy & Hoskins, 2003; Watson, 2006b; Watson, 2007), la conscience, l'engagement et la manière d'être (Roach, 2002). Ces attributs sont directement liés aux autres attributs des dimensions des qualités personnelles et de l'attitude des intervenants, ainsi qu'aux attributs des compétences et des valeurs éthiques. Comme le souligne Donabedian (2003), c'est l'ensemble de ces attributs qui constitue la base du soin de qualité capable de répondre aux attentes des personnes soignées.

L'adéquation des services d'aide aux besoins de la personne telle qu'elle est décrite par les acteurs comprend l'ensemble des aspects techniques et procéduraux, nécessitant un processus organisationnel et clinique de qualité. Ce processus relève à la fois du travail d'équipe, de la communication entre ses membres, de l'élaboration d'un plan d'aide basé sur une évaluation globale des besoins de la personne aidée et du suivi sur le terrain. Les acteurs abordent la notion de besoins d'aide avec une double vision, celle d'autonomie et celle de dépendance. La première tient compte des souhaits de la personne de continuer à vivre selon ses choix et d'être reconnue capable de jouer des rôles conciliables avec ses capacités, la seconde est liée aux incapacités contraignant la personne à demander de l'aide. Il est à noter que la notion de dépendance est peu évoquée par les acteurs lorsqu'ils définissent la qualité d'aide. Ils estiment qu'une aide de qualité est, avant tout, celle qui prend en compte les choix de la personne et qui lui permet de se sentir considérée dans ses dimensions physiques et psychosociales (De Veer & De Bakker, 1994). Ainsi, une aide de qualité devrait répondre aux besoins de la personne aidée liés aux incapacités dans les AVQ et AIVQ, mais également tenir compte de ses performances, de ses capacités et de ses potentialités d'amélioration.

L'ensemble des attributs afférents à la justesse d'aide s'appuient sur ceux des autres dimensions du champ relationnel et sur la compétence des acteurs, non seulement celle des

professionnels, mais aussi celle des bénéficiaires, ainsi que sur les valeurs éthiques ayant trait au respect mutuel, au professionnalisme et à l'engagement.

La compétence est évoquée moins fréquemment que les autres attributs de la qualité d'aide relatifs au champ relationnel et organisationnel. Néanmoins, elle reste indispensable pour qu'un service d'aide de qualité puisse être réalisé. Les résultats empiriques de la thèse suggèrent qu'une aide de qualité exige plusieurs compétences des intervenants afin de réaliser l'ensemble de leurs activités. Ces compétences sont relationnelles, techniques et organisationnelles, chacune s'appuyant sur l'autre pour devenir effective dans une situation donnée (Combes, 2002). Les acteurs soulignent l'importance d'une articulation adéquate de ces compétences en fonction des situations évolutives auxquelles les intervenants sont confrontés. Cela relève à la fois de la capacité de compréhension des besoins et de la capacité d'adaptation à la demande des personnes aidées.

Pour les acteurs, la notion de compétence demande non seulement des capacités techniques d'exécution des tâches telle définie par Donabedian (1980), mais aussi des aptitudes relationnelles des intervenants qui requièrent des techniques de communication, d'écoute, de négociation, et même de gestion de conflits. C'est pourquoi un intervenant capable de mobiliser ses compétences dans ces domaines et de les conjuguer avec ses qualités personnelles parvient à construire une relation de qualité avec la personne aidée. À cet égard, Campbell et al. (2000b) précisent que la qualité technique concerne aussi bien la dimension clinique que la dimension interpersonnelle et Brady et Cronin (2001) mettent en évidence l'importance de « la qualité technique de la rencontre » dans la perception de la qualité.

En outre, la vision de la compétence par les acteurs s'accorde avec celle de Tardif (2006) définissant la compétence comme « un *savoir-agir* complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations ». Dans le même sens, Le Boterf (2011) estime que la compétence est la résultante de trois facteurs : *savoir-agir*, *vouloir-agir* et *pouvoir-agir*. D'après l'auteur, la compétence n'est donc pas uniquement dépendante des connaissances, mais aussi de la volonté de l'acteur et du contexte. Jonnaert (2009) indique qu'il existe deux façons d'aborder la notion de compétence, soit par les « *compétences effectives* », soit par les « *compétences virtuelles* ». D'après l'auteur, les compétences effectives sont contextualisées,

elles résultent « de la mobilisation, de la sélection, de la coordination, de la mise en œuvre et de nombreux ajustements des ressources utiles pour le traitement des tâches dans une situation donnée », tandis que les compétences virtuelles sont décontextualisées et correspondent aux connaissances enseignées (Jonnaert, 2009). Au regard de ces précisions théoriques, l'analyse des perspectives des gestionnaires suggère qu'ils se réfèrent davantage à la qualification ou aux compétences virtuelles qu'aux compétences effectives. Ils considèrent que les intervenants sont compétents lorsqu'ils réalisent leurs missions « conformément aux règles et aux principes du métier » (Reynaud, 2001).

En fait, la compétence effective de l'intervenant résulte non seulement de sa qualification, mais aussi de son adaptation et de son engagement personnel dans la situation concrète de la personne aidée (Klarsfeld, 2000; Oiry, 2005; Roche, 1999). En nous référant aux travaux de Tardif (2006), nous considérons que pour garantir un service d'aide de qualité, les compétences des intervenants doivent répondre aux cinq caractères décrits par l'auteur : intégrateur, combinatoire, développemental, contextuel et évolutif. Elles sont à la fois individuelles et collectives (Le Boterf, 2002). Elles nécessitent le déploiement des qualités humaines, des habiletés techniques, ainsi que la mobilisation des ressources disponibles pour mieux agir et interagir dans une situation unique et personnelle. Ces compétences permettent d'aboutir à une relation interdépendante et coopérative que les auteurs du domaine des soins qualifient de « *relation thérapeutique* » (Cara & O'Reilly, 2008; Patistea, 1999; Watson, 2006b; Watson, 2011).

D'après les résultats de l'étude, les attributs de toutes ces dimensions de la qualité d'aide ne sont pas mutuellement exclusifs, ils constituent un système de liens qui se créent et s'auto-organisent en fonction de la situation en présence. L'interdépendance des attributs appartenant aux différentes dimensions confirme la non-linéarité des champs de la qualité décrite dans la littérature (Duffy & Hoskins, 2003). Cela corrobore les écrits de Donabedian (2003) qui estime qu'une vision linéaire de la qualité est très simpliste pour une réalité complexe. Par surcroît, la qualité d'aide se situe à la fois dans la façon dont les acteurs conçoivent, organisent et réalisent le service d'aide et dans leur façon « d'être avec l'autre » (O'Reilly, 2007), mais aussi dans « leur manière d'agir avec l'autre et pour lui » (Hesbeen, 2002). Dans ce sens, l'étude montre que les dimensions de la qualité des services d'aide se retrouvent dans une configuration

systémique, dynamique et intégrée (Fontaine et al., 2004; Pineault, 1995). C'est dans cette approche que s'inscrit la définition de la qualité d'aide proposée à l'issue de cette étude.

En somme, cette thèse montre à quel point un service d'aide de qualité n'est pas un simple acte instrumental, mais que sa nature nécessite d'être mieux comprise afin de saisir les différentes dimensions de sa qualité. En se référant à ces résultats et au regard de l'état des connaissances actuel, ***la qualité du service d'aide à domicile est définie comme le produit d'un processus organisationnel et clinique, comprenant plusieurs dimensions interdépendantes relevant des trois champs, relationnel, procédural et transversal, visant à répondre aux besoins fonctionnels et socioaffectifs de la personne âgée afin de lui permettre « d'être en relation » et d'avoir une aide fonctionnelle spécifique à ses incapacités tout en prenant en compte ses capacités restantes.***

6.3 Approche holistique de la qualité d'aide : une aide relationnelle et fonctionnelle

Membrado (2005) souligne que plusieurs recherches abordent la qualité des services d'aide partiellement « en privilégiant l'approche fonctionnelle et instrumentale et en négligeant d'autres dimensions de l'action de soutien ». Par conséquent, l'auteure estime que les définitions des services d'aide sont fréquemment restrictives au regard de celles faites par les acteurs les plus impliqués. En effet, les résultats de l'étude montrent que lorsque les acteurs définissent la qualité d'aide, ils s'inscrivent dans la perspective d'un service d'aide globale comprenant l'activité d'*aide* et celle d'*accompagnement*, contrairement à l'usage habituel de ces deux termes qui marque, le plus souvent, deux activités distinctes, celle de ménage par exemple, souvent dissociée des activités socioaffectives ou de l'accompagnement.

En fait, même si *aider la personne* sous-entend lui apporter une solution à un problème particulier, une aide de qualité telle qu'elle est décrite par les acteurs consiste à *venir en aide* à la personne (Hesbeen, 2002). Comme l'explique l'auteur, il s'agit donc avant tout d'*aller à sa rencontre*, avec l'intention de *prendre soin* d'elle en fonction de ses besoins et des moyens disponibles. Les résultats de notre étude confirment cette approche considérant qu'un service d'aide de qualité consiste effectivement à *prendre soin* de la personne âgée dans sa globalité en prenant en compte toutes les dimensions, relationnelle et fonctionnelle afin de l'aider à maintenir son autonomie, à vivre avec dignité et à garder le lien social malgré ses incapacités

fonctionnelles. Pour cela, les acteurs estiment que le rôle des intervenants est d'aider la personne âgée, non seulement en réalisant pour elle le ménage ou d'autres actes instrumentaux, mais en les réalisant avec elle dans un état de bonne relation, de confiance et de respect. C'est cela qui permet à l'ensemble des acteurs d'être satisfaits de leur engagement dans le processus d'aide. Les professionnels se sentent véritablement aidants et les personnes âgées convenablement aidées.

En se référant à Svandra (2008), on peut considérer que l'intervenant s'attache à promouvoir l'harmonie de la personne aidée en tant qu'*être humain* dans sa singularité. À cet égard, les acteurs estiment que la qualité d'aide nécessite la meilleure connaissance possible de la personne aidée. Pour cela, il est nécessaire de prendre en compte non seulement les incapacités physiques, mais aussi les capacités et les performances de la personne aidée. Un service d'aide de qualité requiert la considération « des besoins de la personne, ses attentes, ses croyances, ses valeurs, le respect de son unicité et de son autonomie décisionnelle pour la réalisation de ses habitudes de vie selon la meilleure qualité de vie possible » (St-Germain et al., 2008). L'implication de l'intervenant, dont l'attitude, verbale ou non verbale, témoigne de sa volonté d'être attentionné, respectueux, prévenant et bienveillant à l'égard de la personne aidée, contribue à cette qualité d'aide.

La *présence aidante* souhaitée par la personne âgée relève de la présence impliquée et attentive d'un intervenant qui est significative pour la personne aidée. Cela s'apprécie, non seulement à travers ce que l'intervenant fait, mais principalement par sa façon d'être avec la personne aidée. Une telle présence est plus signifiante qu'une simple prestation de service. Cela exige un niveau plus élevé d'*intersubjectivité* et d'*interconnexion* avec la personne aidée (Fredriksson, 1999), ainsi que l'*authenticité* dans la relation (Phaneuf, 2016). La *présence authentique* (Boeck, 2014) de l'intervenant favorise un échange de qualité, une écoute active et un partage d'expérience permettant de rompre l'isolement de la personne aidée. Les acteurs interrogés désapprouvent la présence indifférente de l'intervenant. Ils apprécient son engagement, son entière disponibilité, son dévouement et sa façon d'être avec la personne aidée. Cela permet à l'intervenant de rendre sa présence significative pour créer un « environnement thérapeutique » (Covington, 2003).

Fredriksson (1999) distingue deux types de présence, « *être là* et *être avec* ». Les résultats de l'étude montrent que c'est la deuxième modalité qui permet à l'intervenant de s'intéresser davantage à la personne aidée qu'aux tâches à accomplir. Il s'applique à ce que ses prestations soient appropriées à la situation de la personne âgée et à les réaliser avec elle. Toutefois, les acteurs regrettent que le manque de temps et la complexité organisationnelle ne leur permettent pas toujours de s'inscrire dans cette perspective. Comme le montre l'étude d'O'Reilly (2007) visant à comprendre la signification et les bénéfices de l'expérience « *d'être avec* » une personne soignée, cette expérience permet, l'optimisation des résultats du soin prodigué, le bien-être et la croissance intérieure des personnes concernées. L'auteure considère que cela permet « la rencontre humaine profonde, thérapeutique et transformatrice » (O'Reilly & Cara, 2010; O'Reilly, 2007). Pour Duffy et Hoskins (2003), la relation de qualité va au-delà de la simple *interaction humaine*, elle implique la *réciprocité de la connexion*. Les résultats de notre étude montrent que cette réciprocité dépend à la fois de la connaissance de la personne aidée par l'intervenant, nécessitant la meilleure compréhension de la situation dans sa globalité, mais aussi de la constance de leur relation qui est fonction de l'organisation des rotations des intervenants.

En se référant au travail d'Ellefsen (2013) concernant l'expérience des personnes atteintes d'une maladie chronique, la rotation fréquente des intervenants met en cause cette stabilité relationnelle et surtout ne favorise pas le *processus d'accommodation* des personnes âgées. L'auteur définit ce processus comme « un long périple dans lequel les personnes apprennent à vivre avec une incapacité physique et à ajuster leur vie en conséquence ». On peut considérer que la prise en compte de ce processus d'accommodation constitue l'un des critères de la qualité d'aide et nécessite la compréhension des habitudes de la personne aidée ainsi que l'évaluation régulière de ses besoins afin d'en analyser l'évolution et d'en prévenir les conséquences.

6.4 Qualité d'aide : obstacles et paradoxes

Les résultats de l'étude montrent que l'effort des intervenants et des gestionnaires chargés de l'amélioration de la qualité d'aide est souvent entravé par plusieurs facteurs ne permettant pas d'assurer un service correspondant à leurs « *désirs* » (Hesbeen, 2002). Ces

facteurs sont liés notamment aux conditions difficiles du travail, à la mauvaise relation entre les intervenants et les personnes aidées et à l'inadaptation de l'aide par rapport aux besoins et aux habitudes de vie des personnes âgées. En nous référant aux travaux de Belk (1975), nous constatons que la plupart des obstacles à la qualité d'aide relèvent des *déterminants situationnels* de l'attitude et du comportement décrits par l'auteur : *le contexte physique, l'environnement social, la perspective temporelle, la tâche en cours et l'état de la personne*. Il est à noter que ces déterminants sont ici considérés dans le sens où ils produisent des effets négatifs.

Quant aux paradoxes identifiés, ils sont liés à une conception ambiguë de la qualité d'aide, au manque de travail réflexif ne permettant pas aux intervenants de bien comprendre leur rôle dans les différentes situations d'aide et aux injonctions institutionnelles en décalage avec la réalité contextuel. Comme le souligne Meire et Neiryck (1997), les objectifs institutionnels prennent fréquemment le pas sur l'attente de l'usager et sur les intentions des professionnels. Cela explique en partie le maintien de certaines pratiques contradictoires aux souhaits des intervenants et aux besoins de la personne âgée.

6.4.1 Paradoxes de la qualité d'aide

La mise en perspective de ces paradoxes, au regard des connaissances actuelles, permet de mieux comprendre les facteurs modérateurs des processus décisionnels des intervenants et de mieux saisir la « *consistance structurelle* » de leurs attitudes (Michelik, 2008) lors de la prestation d'aide. En s'intéressant aux paradoxes de la qualité d'aide, cette discussion permet de tirer quelques enseignements pour une démarche d'amélioration de la qualité d'aide. Particulièrement quatre paradoxes sont soulignés dans la suite, le premier est celui de la relation collaborative et de la défiance entre les acteurs, le deuxième celui de la distance et de la proximité dans la relation d'aide, le troisième celui du droit au choix et au risque et de la sécurité de la personne et enfin le quatrième paradoxe est celui de la nécessité de prendre du temps et de la « *pression temporelle* ».

a. Relation collaborative et défiance entre les acteurs

Les résultats de cette recherche montrent que l'aide à domicile se structure en fonction des interactions entre les différents acteurs impliqués dans le soutien de la personne aidée, constituant un *réseau de soin* (Fast et al., 2004). L'importance de la collaboration et de la

relation de confiance entre les acteurs de ce réseau est confirmée par l'ensemble des participants à l'étude. L'absence de coopération entre les membres du réseau d'aide ainsi que les conflits familiaux rendent difficile la construction d'une relation de confiance. Dans de telles situations, les acteurs ne s'accordent pas toujours sur l'aide à réaliser, les intervenants sont plus distants et prennent moins d'initiatives. Or, c'est évidemment en cas de conflits familiaux que la personne âgée, dont les demandes sont moins respectées par la famille, a le plus besoin de la relation de confiance avec l'intervenant. Les intervenants estiment que leur relation avec la famille de la personne âgée est bonne lorsque la famille est *collaboratrice* (Canuel et al., 2010). Dès lors, ils s'impliquent davantage dans la recherche de solutions aux problèmes de la personne aidée et deviennent plus créatifs et plus flexibles. Cependant, la famille est souvent perçue par les intervenants comme *protectrice ou problème* (Canuel et al., 2010), ce qui rend souvent les intervenants réservés envers les proches de la personne aidée.

b. Distance et proximité dans la relation d'aide

Les intervenants indiquent être confrontés aux difficultés de la double injonction d'être ni trop proches pour éviter le risque d'aller au-delà de leurs missions professionnelles, ni trop distants pour ne pas se contenter de *la technicité* et ainsi oublier *l'être humain*. En plus de leurs difficultés de positionnement, ils expriment leurs inquiétudes de l'aggravation du manque de proximité avec les personnes aidées du fait de « la marchandisation des services d'aide » dont les logiques de productivités et de performances financières induisent la réduction de la durée de leurs interventions.

D'après les intervenants, la relation contractuelle, considérant la personne âgée ou sa famille comme des « clients », va à l'encontre de l'engagement et de la confiance mutuelle. Cela met en cause l'échange et la réciprocité qui devraient caractériser la relation d'aide. Comme le souligne Brousseau (2001), « les logiques des relations contractuelles et de confiance sont perçues comme différentes ». Dans le cadre de la relation de confiance, « le comportement des parties est garanti par des ressorts éthiques » alors que dans la relation contractuelle « le comportement des parties est garanti par un accord formel » qui renvoie implicitement à des contraintes occasionnant plus de distanciation et moins de confiance entre acteurs. Dans ce sens, les acteurs interrogés privilégient davantage la relation fondée sur la confiance que celle fondée

sur les obligations d'un contrat formalisé. Dans leur positionnement délicat, les acteurs de terrain pensent que le rôle des gestionnaires est indispensable pour les soutenir et les aider à trouver le bon ajustement de leur niveau d'implication correspondant aux attentes de la personne aidée, aux règles éthiques et aux normes professionnelles à respecter. En revanche, les intervenants estiment que les personnes aidées et leurs familles sont les seules capables d'apprécier leur travail effectif. Cela permettrait aux intervenants d'évaluer leurs propres prestations et d'améliorer le degré de confiance accordée à leur attitude ou de la modifier si nécessaire.

c. Droit au choix et au risque et sécurité de la personne âgée

Le droit au choix et au risque des personnes âgées doit être préservé par les professionnels qui, en même temps, ont l'obligation d'assurer la sécurité de ces personnes âgées et de leur garantir le droit d'aller et venir (Fédération Hospitalière de France, 2013). Nous avons encore là une injonction paradoxale relative aux droits des personnes âgées et aux obligations des intervenants. D'après les résultats de l'étude, l'obligation d'assurer la sécurité de la personne âgée prévaut sur celle de respecter son choix lorsque celui-ci est jugé risqué. Les intervenants craignent la mise en cause de leurs responsabilités ou celles de leurs institutions. Ainsi, à cause des inquiétudes de l'intervenant, sa présence censée rassurer la personne âgée peut devenir un moment de contraintes.

Cette situation paradoxale soulève d'autres questions concernant le manque de connaissances des responsabilités de chaque acteur, les risques que l'on cherche à éviter et les conséquences des mesures de sécurité mises en place, ainsi que la place de la prévention dans la pratique d'aide rarement évoquée par les acteurs.

d. Nécessité de prendre du temps et « pression temporelle »

De nombreux acteurs s'accordent sur la nécessité de prendre du temps pour répondre convenablement aux besoins de la personne âgée en respectant ses choix, son rythme et ses habitudes. Cependant, les demandes d'aide proviennent fréquemment de l'entourage et les processus de décision concernant l'organisation de l'aide n'impliquent pas assez la personne âgée. En outre, les acteurs font remarquer que l'organisation et la durée des interventions sont couramment fonction des seuls besoins liés aux incapacités physiques qui concernent les motifs

les plus dominants de la demande des services d'aide. À cause de tous ces facteurs, les critères de la détermination des ressources allouées à la personne dépendent généralement du domaine instrumental, les prestataires d'aide ont peu de moyens pour répondre aux besoins socioaffectifs (Davin et al., 2006; Levasseur et al., 2012) alors que leur importance est largement démontrée par notre étude.

Les acteurs considèrent que le temps de l'intervention n'est pas suffisant pour prendre en compte l'ensemble des besoins de la personne. Il apparaît donc un décalage entre les besoins réels de la personne âgée et les services dispensés. Les intervenants qui tentent de répondre à l'ensemble des besoins de la personne aidée sont confrontés à la *pression temporelle* qu'Iyer (1989) définit comme « le sentiment de ne pas avoir le temps nécessaire pour réaliser correctement une tâche donnée ». Michelik (2008) souligne que cette pression temporelle est vécue différemment selon les *normes subjectives* de chaque acteur. Nous constatons que la plupart des personnes âgées interrogées restent dans la résignation face au manque de temps et à la précipitation des intervenants, alors que d'autres essayent de relativiser le comportement des intervenants en tenant compte de leur charge de travail. Quant aux intervenants, certains d'entre eux indiquent avoir assez de temps pour réaliser leurs prestations correctement, à l'inverse, d'autres estiment que la durée de leur intervention est insuffisante pour réaliser un service de qualité.

Lorsque la pression temporelle se conjugue avec différents facteurs, tels que la difficulté de positionnement, la fatigue causée par les distances parcourues entre les domiciles et le stress généré par les situations d'urgence inattendues, la solitude et l'incertitude des intervenants s'aggravent, la qualité relationnelle en pâtit et *in fine* cette situation provoque une certaine souffrance des intervenants et des personnes aidées. Pour échapper à cette souffrance, certains intervenants rationalisent leurs pratiques et leurs comportements par des facteurs externes ou internes à l'organisation d'aide afin d'éliminer les tensions entre leur attitude et leur comportement divergents (Vaidis, 2006; Vaidis & Halimi-Falkowicz, 2007). En revanche, d'autres intervenants en « *état de dissonance cognitive* » (Vaidis, 2006) sont insatisfaits du service rendu et souffrent à cause de l'incohérence de leur action par rapport à leur intention. Il est à noter qu'afin que leur comportement soit en adéquation avec leur intention de répondre

aux besoins de la personne sans être dans la précipitation, quelques-uns reviennent parfois chez la personne aidée à la fin de leur tournée ou en dehors du temps pour lequel ils sont rémunérés.

6.4.2 Obstacles à la qualité contribuant au renforcement des pratiques paradoxales

Au regard des situations paradoxales évoquées précédemment, ainsi qu'aux pratiques inhérentes à ces situations, l'enjeu est de comprendre pourquoi elles ne sont pas discutées malgré leurs conséquences sur la qualité d'aide. Au contraire, elles semblent être acceptées comme telles, soit par méconnaissance de leurs effets, soit par résignation ou par rationalisation. Les résultats de notre étude suggèrent que les facteurs à l'inverse des déterminants de la *force de l'attitude* décrits par Krosnick et al. (1993), notamment *la connaissance, l'accessibilité et la certitude*, expliqueraient l'existence de certaines pratiques qui vont à l'encontre de la qualité d'aide.

a. La méconnaissance de l'état de la personne aidée par les intervenants

L'absence d'une évaluation globale des besoins de la personne aidée et de ses capacités ainsi que d'autres facteurs comme les changements fréquents d'intervenants, l'inefficacité dans la communication et l'absence de moments d'échange réguliers et institués, ne favorisent pas la connaissance de l'état de la personne aidée par les intervenants. Cette méconnaissance, en particulier en ce qui concerne l'état cognitif de la personne âgée et ses capacités et la performance en AVQ et AIVQ, ne favorise pas la mise en œuvre de pratiques appropriées, elle provoque ainsi l'incertitude chez les intervenants. Par conséquent, ils adoptent par précaution des mesures restrictives et contraignantes qui vont à l'encontre des choix des personnes âgées.

En plus de cette méconnaissance de l'état de la personne, les rotations fréquentes des intervenants et l'ignorance des risques de certains actes, conduisent à la sous-estimation des conséquences moins immédiates liées aux pratiques inappropriées. Ces conséquences sont plus rarement l'objet de communication au sein des organisations prestataires.

b. L'inaccessibilité de l'information pertinente

D'après Michelik (2008), l'accessibilité se réfère à la facilité de la personne à faire le lien entre la situation ou l'objet d'attitude et son évaluation. Comme l'auteur le souligne, plus une information liée à une attitude est facilement accessible en mémoire, plus le comportement

qui lui est associé a plus de chances d'être observé que celui qui relève d'une attitude dont l'information est moins accessible ou inintelligible. Or, nous avons remarqué que les conséquences liées à certaines pratiques sont quasi absentes des propos des acteurs rencontrés, de même pour les attributs de la qualité qui se rapportent aux pratiques préventives. Celles-ci sont rarement nommées dans les instructions adressées aux intervenants ou dans les textes réglementaires, alors que les instructions relatives à la sécurité restent l'un des objectifs premiers des services d'aide. Souvent, la sécurité est énoncée dans certains textes, non pas comme un critère de la qualité, mais comme son complément ou son *alter ego*. Elle est plus fréquemment évoquée par les acteurs comme l'un des attributs de la qualité par rapport à d'autres relatifs à la prévention. En conséquence, les actes à visée préventive sont moins fréquents que ceux plus accessibles, relevant de la sécurité.

c. L'incertitude des intervenants

Les résultats de l'étude montrent que les intervenants sont confrontés à l'incertitude à cause notamment de la solitude, dans un contexte qui nécessiterait un soutien renforcé en rapport avec les situations complexes du domicile. L'accès à l'information et le travail d'équipe aideraient les intervenants à réduire leur incertitude et à faire face aux difficultés rencontrées afin d'assurer un service d'aide de qualité.

En outre, l'incertitude des intervenants et leur sentiment d'insatisfaction sont renforcés par le manque d'appréciation de la qualité du travail réellement effectué. Cela ne leur permet pas de valider et d'améliorer leurs comportements et leurs pratiques. Raisons pour lesquelles les intervenants mentionnent que les évaluations normatives qui se réfèrent uniquement aux procédures organisationnelles ne les intéressent guère, car de telles évaluations ne les aident pas à trouver des solutions à leurs problèmes.

En conclusion, il est fondamental que les efforts d'amélioration de la qualité visent davantage le renforcement des déterminants de bonnes pratiques en favorisant les actions qui améliorent la connaissance des intervenants et qui rendent l'information nécessaire, disponible et intelligible. Ceci diminuerait l'incertitude des intervenants face aux situations à risque ou d'urgence à domicile. Cela suppose moins d'injonctions paradoxales et plus de suivi sur le terrain.

6.5 Forces et limites de l'étude

La force de cette étude repose sur son caractère de scientificité : rigueur de la démarche, choix de la méthodologie cohérent avec l'objet de l'étude, connaissance et description des contextes.

La mise en perspective de nos résultats par rapport à ceux des autres recherches permet de les corroborer avec précision. La présentation détaillée de notre démarche devrait également permettre la reproductibilité des données de l'étude. Toutes fois, il est possible que certains de nos choix et interprétations ont pu être influencés du fait de nos référents théoriques et expérientiels.

La méthodologie qualitative d'étude de cas en cohérence avec l'approche compréhensive nous a permis d'appréhender la complexité de la nature de l'objet de l'étude dans son contexte. Nous avons privilégié les techniques de recueil et d'analyse de données favorisant l'émergence de l'information à partir des données empiriques. De nouvelles connaissances ont été générées à partir des réalités contextuelles. La pertinence de la stratégie de recherche choisie par rapport à l'objet étudié constitue donc l'une des forces majeures de ce travail. Il est à considérer que la méthode de recueil des données par entretien individuel peut induire un biais de *désirabilité sociale* (Crowne & Marlowe, 1960). Certains participants ont pu exprimer des propos de convenance pour éviter de se trouver en discordance avec un discours normatif. Pour minimiser ce risque, l'anonymat et la confidentialité leur ont été garantis.

La restitution des résultats a été faite auprès des professionnels réunis en groupe pour vérifier la constance des points de vue individuels et les accords sur les résultats au sein du groupe. Par contre, une démarche similaire auprès des personnes âgées n'a pas pu être réalisée.

L'accès au terrain de recherche a été facilité par notre connaissance préalable des contextes relatifs à l'étude, la confiance dont nous avons bénéficié de la part des acteurs a facilité les contacts. Cela nous a permis d'avoir un nombre important de participants et un matériel très riche aussi bien par sa quantité (une centaine d'entretiens) que par ses sources diversifiées. La diversification a été fonction des caractéristiques des répondants : statut sociodémographique et état de santé pour les bénéficiaires, formation, rôle et ancienneté pour les prestataires. Tous les participants étaient directement impliqués dans le processus de dispensation des services au

moment de l'étude. Nous avons ainsi bénéficié de leur expérience, de leur vécu et de leurs connaissances. Cette richesse du matériel recueilli renforce la véracité des résultats obtenus. Cela n'exclut pas qu'une exploration plus fine en fonction des caractéristiques spécifiques, telles que l'état de santé des personnes âgées ou l'expérience des différents professionnels, puisse apporter des connaissances complémentaires.

La force de l'étude réside également dans son originalité qui a consisté à impliquer les acteurs, les personnes âgées et les aides à domicile, d'ordinaire peu sollicités pour participer aux travaux de recherche et dont les apports sont peu valorisés. Les perspectives de ces acteurs ont permis l'élaboration des connaissances sur la qualité des services d'aide à domicile et la proposition d'une conception détaillée de la qualité d'aide.

À notre connaissance, cette étude est la première à aborder la question de la qualité de l'aide en France en se basant sur les perspectives des acteurs les plus concernés. La force de l'étude réside non seulement dans la crédibilité de son approche méthodologique, mais également dans la richesse et la puissance explicative des résultats obtenus. En se référant directement aux expériences des acteurs confrontés quotidiennement aux situations concrètes de la dispensation de l'aide, l'étude permet d'avoir une définition explicite et opérationnelle de la qualité de l'aide et une compréhension approfondie des attributs de la qualité d'aide et obstacles à la réalisation d'un service d'aide de qualité.

Toutefois, l'absence des familles et des décideurs parmi les personnes interrogées constitue la principale limite de cette recherche. Nous aurions souhaité interviewer ces deux catégories d'acteurs, mais la faisabilité de leur inclusion aurait exigé plus de moyens que ceux dont nous disposions.

Chapitre 7 : APPORT DE L'ÉTUDE

Ce dernier chapitre est consacré à la synthèse de l'apport de l'étude et aux implications de ses résultats pour, l'organisation, les politiques publiques, l'évaluation, la formation et la recherche sur les services d'aide à domicile.

7.1 Résumé de l'apport de la thèse

Notre thèse rend plus concret le concept de la qualité d'aide. Elle permet d'identifier explicitement les attributs des dimensions constituant la qualité de l'aide. Cela apporte aux acteurs une meilleure compréhension des dimensions de la qualité d'aide et facilite la définition et la mise en œuvre de la démarche qualité et des activités correspondantes.

Les résultats obtenus permettent en fait :

- De saisir le caractère complexe et systémique de la qualité d'aide aux personnes âgées ayant des incapacités fonctionnelles.
- D'identifier les dimensions de la qualité d'aide les plus importantes et de définir leur contenu grâce à l'identification précise des attributs qui les composent.
- De produire les connaissances sur les dimensions de la qualité moins étudiées habituellement, notamment la qualité relationnelle par rapport à la qualité technique (McGlynn, 1997).
- De mettre en évidence les obstacles à la qualité d'aide dont il faut tenir compte pour la mise en place des pratiques organisationnelles favorables à la qualité du service d'aide.
- De contribuer de façon significative à la compréhension du concept de la qualité d'aide afin de faciliter son utilisation pour la démarche qualité et pour l'évaluation des services d'aide.

Selon les résultats de l'étude, l'importance des dimensions de la qualité d'aide diffère d'un groupe d'acteurs à l'autre, même au sein d'un même groupe les acteurs n'attribuent pas la même importance aux différentes dimensions. Toutefois, celles-ci sont complémentaires et confèrent au service d'aide de qualité son caractère global et intégré. La qualité d'aide nécessite donc la mobilisation des attributs de chaque dimension et la prise en compte des points de vue des acteurs afin de produire une meilleure configuration systémique requise pour produire un service d'aide adéquate dans une situation donnée.

L'étude montre qu'un service d'aide de qualité dépasse la simple action de l'aide instrumentale liée aux seules tâches domestiques. C'est un processus qui, au-delà des fonctions prédéfinies par les seuls critères fondés sur la vision des experts (Pomey et al., 2013; Roberge et al., 1998), consiste en un ensemble d'activités, de relations et d'interactions qu'une équipe compétente doit mettre en œuvre pour promouvoir la santé de la personne aidée. C'est pourquoi, un service d'aide de qualité dépend à la fois de la situation réelle de la personne âgée à un moment donné, de l'anticipation de certains événements en fonction des capacités de chaque acteur à appréhender la situation et aussi des ressources disponibles permettant d'agir avec efficacité. En ce sens, Leduc et Valléry (2006) font remarquer que la pratique d'aide telle que réalisée par les intervenants « ne constitue qu'un moyen pour atteindre une fin qui les dépasse, à savoir le bien-être psychologique et social de la personne âgée » (Leduc & Valléry, 2006). Ainsi, l'étude montre que la qualité d'aide ne peut pas être obtenue uniquement par la seule formalisation des procédures ou par la satisfaction d'une seule dimension.

Enfin, les dimensions et les attributs de la qualité identifiés et décrits dans cette recherche constituent la base pour organiser et structurer les thèmes des échanges entre les professionnels pour leur permettre d'appréhender la vraie nature de leurs pratiques, de discuter et de partager leurs expériences sur les situations vécues et sur les moyens appropriés à l'amélioration de la qualité de leurs services. Les intervenants peuvent s'y référer dans leurs pratiques afin de mieux répondre aux besoins des personnes âgées. D'où l'intérêt de la valorisation des résultats de cette thèse auprès des acteurs concernés. À cet égard, un plan de transfert des connaissances a été élaboré en se référant aux recommandations de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

7.2 Implications des résultats de l'étude

Les retombées de cette thèse sont à la fois conceptuelles et instrumentales avec de multiples usages notamment pour la pratique, l'organisation, la politique publique et la recherche concernant les services d'aide à domicile. S'intéresser à ces différentes implications présente un intérêt majeur, car elles rendent le processus d'aide plus explicite et opérant afin d'aboutir à une meilleure qualité de l'aide dispensée.

7.2.1 Implications pratiques et organisationnelles

Les perspectives des acteurs en ce qui concerne la qualité d'aide font référence aux différentes responsabilités qui relèvent de la démarche qualité. Les chercheurs en organisation des services de santé font état de la nécessité de reconnaître ces responsabilités des acteurs des différents niveaux du système de santé. Pour cela, ils indiquent que ces responsabilités nécessitent d'être parfaitement définies et pleinement prises en compte lors de l'allocation des moyens cohérents avec les obligations inhérentes (Béland, 2010). Ils recommandent « l'alignement des processus d'offre des services, de gestion et du financement visant l'atteinte d'objectifs sanitaires, administratifs et financiers communs » (Lafortune et al., 2011).

Parmi ces responsabilités nous pouvons évoquer celles de nature informationnelle et évaluative, organisationnelle et financière, et enfin clinique. Étant donné leur imbrication, il est important d'assurer leur alignement aux différents niveaux, individuel, collectif, organisationnel et systémique (Ferlie & Shortell, 2001) et leur cohérence par rapport aux objectifs d'amélioration continue de la qualité des services d'aide.

a. Responsabilités informationnelles et évaluatives

Nos résultats montrent qu'un service d'aide de qualité est celui qui prend en compte le souhait des acteurs d'obtenir des informations claires et détaillées afin d'améliorer leur processus décisionnel dans une situation donnée. De plus, comme Lafortune et al. (2011) le précisent, il est nécessaire de « connaître l'état de santé et des besoins de services de la population desservie », afin d'assurer la justesse des réponses apportées. Ainsi, une évaluation de la situation et des besoins de la personne âgée est la base de toute démarche d'aide de qualité.

Pour envisager une telle évaluation, valide et significative pour les acteurs, donc acceptable et utilisable par eux, leur implication dans le processus d'évaluation est indispensable, autant que l'utilisation d'outils de mesure fiables, capables de saisir les attributs de la qualité d'aide qui ont du sens pour les acteurs (Malley et al., 2007; Pomey et al., 2013; Roberge et al., 1998). Cela conduit à la meilleure connaissance de la personne âgée, l'un des attributs de la qualité d'aide. Les acteurs font remarquer qu'à ce jour, ceux qui connaissent le mieux la personne et sa situation sont rarement présents lors de son évaluation. Celle-ci est réalisée par les équipes médico-sociales des conseils départementaux chargées de déterminer

« le niveau de perte d'autonomie » et d'élaborer « le plan d'aide individualisé ». Les acteurs soulignent également la rareté de ces évaluations pour adapter ce plan d'aide, alors que celui-ci est la base de la détermination des ressources attribuées à la personne aidée et de la planification de l'aide dispensée.

En plus de la nécessité de la participation des acteurs à cette évaluation des besoins d'aide, le recueil d'informations pertinentes et l'utilisation de celles-ci par ces acteurs sont indispensables pour la qualité de l'aide. Une information de qualité est fonction de la démarche évaluative choisie et de son niveau d'intégration dans le processus de la relation d'aide afin d'accéder au *monde phénoménal* (Duffy & Hoskins, 2003) des personnes âgées.

L'étude montre que les intervenants sont les premiers détenteurs de l'information utile à la justesse des services dispensés, car ils sont en contact direct et régulier avec les personnes âgées et les proches aidants. Ce sont eux qui constatent les changements éventuels de l'état physique et psychologique de la personne et de sa situation sociale. Ainsi, leur rôle est primordial dans le recueil et dans la transmission des informations dont l'utilisation devient optimale lorsque des temps dédiés aux échanges multidisciplinaires sont prévus.

Les résultats de notre recherche font état d'obstacles majeurs à la qualité d'aide liés au manque d'informations pertinentes, à la défaillance de leur transmission et de leur utilisation. Malgré des efforts incontestables des acteurs, l'étude révèle que de nombreux problèmes persistent :

- L'indisponibilité d'outils validés et standardisés de recueil des besoins de la personne aidée ainsi que la difficulté de transmission de l'information.
- Le mode organisationnel actuel qui favorise le travail individuel au détriment du travail d'équipe. Les intervenants du service d'aide se rencontrent rarement. Cela ne favorise ni le sentiment d'appartenance à une même équipe ni l'apport du soutien dont ils ont besoin. Les gestionnaires soulignent le manque de moyens pour organiser régulièrement des entretiens individuels ou des réunions avec l'ensemble des intervenants.
- Le suivi des intervenants sur le terrain par les encadrants et les visites à domicile s'effectuant en binôme sont rares.

- Le manque d'évaluations régulières de la situation de la personne et le décalage des moments d'évaluations par rapport aux moments de crises ou de dégradations de la situation (déclin fonctionnel, mésentente des acteurs, etc.).
- L'absence d'appréciation de la qualité du service effectivement rendu. Cela prive les intervenants d'informations précises leur permettant d'adapter leur aide aux besoins de la personne aidée.

Au regard de ces problèmes, une démarche de développement de la culture d'évaluation de type formative (Beaudoin et al., 1986; Contandriopoulos et al., 2000) est indispensable, elle permettrait à l'ensemble des acteurs de discuter fréquemment de la situation des personnes aidées et de chercher les solutions appropriées à leurs besoins.

L'utilisation d'un système d'information intégré, comportant les outils standardisés d'évaluation des besoins de la personne âgée et des outils de communications, permettrait une meilleure évaluation continue des besoins de la personne aidée. Ceci faciliterait le partage d'informations entre les acteurs chargés de réaliser des plans d'aide individualisés et ceux qui les mettent en œuvre et favoriserait la mise en place d'un mode organisationnel propice au travail d'équipe et à l'intégration des services.

Compte tenu de la complexité de la plupart des situations des personnes âgées bénéficiant des services d'aide, les responsables de secteurs ou encadrants intermédiaires ne devraient prendre en charge qu'un nombre limité de personnes âgées ou *caseload* (Burns et al., 2007; De Stampa et al., 2010). C'est dans ces conditions qu'un véritable suivi, meilleur et régulier, peut être assuré.

b. Responsabilités organisationnelles et financières

Les professionnels des SPASAD ont pour mission d'améliorer la qualité des services d'aide dans une démarche pluridisciplinaire et coordonnée telle qu'elle est définie par l'article 16 du décret no 2004-613 du 25 juin 2004 relatif au fonctionnement des SAPSAD. Dans le même sens, les participants à l'étude ont une conception de la qualité d'aide qui s'inscrit dans une approche nécessitant une vision globale de la personne aidée et une conception dynamique de sa situation pour déterminer une aide appropriée à ses besoins.

Néanmoins, les modes organisationnels et financiers des SAD et SSIAD qui ont participé à cette étude restent fragmentés et cloisonnés à l'instar d'autres services du système de santé (Henrard, 2002b). En conséquence, l'aide apportée aux personnes âgées ne répond pas toujours à la conception d'une aide de qualité telle qu'elle est décrite dans cette étude et prévue par le cadre juridique des structures prestataires. Les professionnels estiment que leur collaboration et leur complémentarité restent défailtantes et parfois conflictuelles, les intervenants du SAD se sentent plus isolés et défavorisés que ceux du SSIAD.

Malgré l'appartenance à la même structure, ces deux services fonctionnent avec des modèles de financements différents, dotation globale pour le SSIAD, tarification des heures effectivement réalisées, financées partiellement par l'APA, le reste à charge du bénéficiaire, pour ce qui concerne le SAD. Ce reste à charge, dont le calcul peut être différent d'un département à l'autre, induit des contraintes de solvabilité pour certains bénéficiaires de l'aide relevant du SAD et une baisse de volume d'heures d'aide dispensée (Bourreau-Dubois et al., 2014).

Les gestionnaires soulignent l'impact négatif de ce mode de financement sur les conditions de travail des intervenants des SAD. Ils évoquent l'absence de marge de manœuvre pour créer des conditions favorables au travail d'équipe et à l'intégration des activités de leurs services recommandées par les chercheurs en organisation des services de santé (Béland et al., 2006; Coleman et al., 2009; Contandriopoulos et al., 2001). Ce manque d'approche globale et d'intégration des prestations d'aide est défavorable à l'émergence d'actions collectives et à la collaboration interdisciplinaire (D'Amour et al., 1999) ainsi qu'à l'interaction interpersonnelle (Henneman et al., 1995).

Il est important de rechercher des réponses concrètes à ces problèmes afin de garantir aux intervenants les meilleures conditions de travail et de soutenir leurs efforts pour l'amélioration de la qualité d'aide. Plusieurs chercheurs préconisent la cohérence du processus d'intégration des services, notamment une organisation qui permettrait aux prestataires de proximité d'assumer l'ensemble des responsabilités, y compris financières, des services sanitaires et sociosanitaires correspondant aux besoins de la population locale (Touati et al., 2005). Cela apporterait les moyens nécessaires aux acteurs concernés pour assurer la dynamique de leur environnement organisationnel interne et externe (Brault et al., 2008) et l'adaptation

ainsi que l'innovation de leur système de fonctionnement (Contandriopoulos et al., 2001). Contrairement au mode d'organisation habituel, le projet d'expérimentation SIPA « Système Intégré pour Personnes Âgées en perte d'Autonomie » a montré par exemple, l'efficacité des services dispensés par une même équipe ayant des moyens d'assumer l'ensemble des responsabilités pour une population de personnes âgées fragiles (Béland et al., 2006).

Dans quelques départements de France, les expérimentations sont en cours sur le financement des services d'aide par la dotation globale et la participation forfaitaire des bénéficiaires. Ce financement est soumis à la signature des contrats d'obligations et de moyens, les structures concernées s'engagent à réaliser des missions d'intérêt général, d'intervention et de prévention. Plusieurs de ces engagements vont dans le sens de nos résultats, notamment l'adaptabilité et la réactivité de l'intervention des services en fonction des besoins des personnes âgées, la complémentarité et la coordination de ces interventions, la mise en place des actions de prévention contribuant à retarder la perte d'autonomie physique et cognitive (Branchu et al., 2015).

c. Responsabilités cliniques

Les résultats de notre étude indiquent que les responsabilités cliniques des intervenants sont à la fois individuelles et collectives. Elles doivent être bien définies en se basant sur les besoins réels de la population aidée, sur la réalité vécue par les intervenants et sur les valeurs éthiques auxquelles ils se réfèrent qui donnent du sens à leur action (Svandra, 2010). Étant donné l'hétérogénéité des situations du domicile due aux besoins pluriels de la personne âgée et des attentes individuelles, il est difficile de formaliser la pratique des intervenants dont le travail nécessite adaptabilité, créativité et disponibilité. Comme l'indique D'Amour et al. (1999), toutes formes de formalisation peuvent aboutir à la rigidité organisationnelle et risquent d'avoir des conséquences sur l'engagement professionnel et sur la qualité des services. L'étude de ces auteurs montre que les professionnels cherchent à contourner ces formalisations par d'autres *règles implicites et souples* qui échappent aux contrôles d'un quelconque formalisme institutionnel.

En se référant à Gilioli (2001), Svandra rappelle que souvent les pratiques du soin « se pratiquent sans se penser » (Svandra, 2008). À la suite de cela, l'auteur propose que les

professionnels fassent un travail de « mise à distance » à partir de leurs pratiques afin de surmonter les difficultés auxquelles ils font face, notamment celle d'une « trop grande proximité qui fait perdre le caractère universel et immuable du soin et celle d'un trop grand éloignement qui risque de donner une image désincarnée, déshumanisée et théorique du soin ». C'est dans cette vision équilibrée et humaniste, fondée sur la réalité situationnelle et sur les objectifs poursuivis dans la dispensation des services d'aide à domicile, que la complexe responsabilité clinique des intervenants peut être définie et reconnue.

Par ailleurs, les résultats de notre recherche confirment ceux de l'étude de Leduc et Valléry (2006) montrant qu'un intervenant réalise plusieurs opérations en même temps : « les tâches domestiques (ménage ou soins d'hygiène), gestion synchrone de la relation en face à face, activité de diagnostic et de veille attentive ». Défini comme tel, le travail des intervenants vise ainsi à promouvoir la santé de la personne âgée et à lui permettre de garder son autonomie en conservant le lien social et l'utilité sociale dans le respect du choix de son mode de vie (Henrard, 2009). Pour accomplir une telle mission, la compétence des intervenants est indispensable. Ils mobilisent des « savoirs sociaux, fonctionnels et organisationnels » (Leduc & Valléry, 2006) et doivent avoir une certaine flexibilité et adaptabilité pour mieux répondre aux besoins de chaque personne âgée.

En ce qui concerne la compétence, Moulias et al. (2010) indiquent qu'elle ne se limite pas seulement à « avoir acquis des attitudes nécessaires pour savoir-faire », mais qu'il s'agit également de « connaître les limites de son savoir, savoir quand et à qui demander un autre avis et savoir quand passer la main ». Ainsi, la responsabilité clinique de l'intervenant implique fondamentalement sa collaboration avec les autres professionnels. C'est par cette *relation collaborative* (Duffy & Hoskins, 2003) que les membres de l'équipe d'aide manifestent une présence aidante et bienveillante envers leurs collègues afin de développer leur esprit d'équipe et leur *compétence collective* (Bataille, 2001). L'auteur souligne qu'une telle compétence ne consiste pas uniquement en l'addition des compétences individuelles, mais nécessite une articulation harmonieuse et synergique. Dans le même ordre d'idée, pour assumer correctement leurs responsabilités cliniques, les intervenants mobilisent leurs *compétences contextualisées* que Leduc et Valléry (2006) définissent comme un « processus d'articulation de savoirs, de pratiques et de stratégies ».

7.2.2 Implications pour les politiques publiques : recommandations aux décideurs

Au regard des résultats de la thèse, plusieurs leviers d'action pourraient améliorer l'efficacité de la démarche qualité d'aide, en particulier :

- la meilleure définition et la meilleure compréhension de la qualité d'aide pour les différents programmes de soutien à domicile,
- la précision des responsabilités des acteurs et la garantie de leurs cohérences avec l'objectif qualité,
- la reconnaissance des acteurs et de leur rôle dans le processus de l'amélioration de la qualité,
- le développement des compétences des acteurs et le renforcement du rôle des équipes d'encadrement intermédiaire.

Pour que la qualité ne reste pas uniquement un enjeu pour la régulation institutionnelle de l'offre des services d'aide, il est indispensable d'utiliser une définition claire et précise de la qualité d'aide, fondée davantage sur les perspectives des acteurs clés des services d'aide que sur les seules logiques institutionnelles. Les résultats de la thèse offrent les éléments de définition et de compréhension de la qualité d'aide par la description détaillée et opérationnelle des dimensions de cette qualité. Cela facilite la prise en compte de ces dimensions lors de la planification des services d'aide et de la détermination des ressources nécessaires mises à la disposition des acteurs de terrain.

L'importance des rôles des acteurs et la reconnaissance de leurs responsabilités (informationnelles, évaluatives, organisationnelles, financières et cliniques) sont à considérer au moment de la conception des services d'aide et de l'appréciation de leur qualité. D'après les résultats de l'étude, les acteurs souhaitent un environnement organisationnel et réglementaire favorable à l'exercice effectif de leurs responsabilités. Cela nécessite la cohérence entre les objectifs qualité et les ressources allouées et entre les obligations des acteurs de terrain et le développement de leurs compétences. L'ensemble constitue la base essentielle pour obtenir l'efficacité et l'efficience des politiques visant l'amélioration de la qualité d'aide.

a. Reconnaissance des acteurs et de leur rôle

La reconnaissance des acteurs de terrain et de leur travail est un souhait fréquemment exprimé par la majorité des acteurs. Pourtant, de nombreux auteurs montrent que l'activité

d'aide n'est pas reconnue à sa juste valeur et reste peu valorisée (Angeloff, 2003; Bonnet, 2006). Pomey et al. (2013) indiquent que le manque de réciprocité entre les acteurs entraîne l'absence de leur reconnaissance et de leur valorisation, cela faisant partie des obstacles à la qualité des services de santé. C'est pourquoi nous estimons que les dynamiques internes et externes de la structure prestataire des services d'aide devraient être favorables à la reconnaissance du travail réalisé par l'ensemble des acteurs. Cela nécessite la mise en place d'actions visant à promouvoir la relation collaborative entre les acteurs impliqués dans les processus d'aide, y compris les personnes âgées et leurs familles.

L'absence de valorisation des acteurs est également liée à d'autres facteurs auxquels ce travail apporte des éléments de réponse. L'activité d'aide reste mal définie et mal évaluée à cause du recours aux méthodes d'évaluation peu appropriées à la nature complexe de l'activité d'aide et de ses objectifs. Par conséquent, l'image de la profession d'aide reste souvent celle d'une Aide-ménagère. La non-visibilité d'une partie de l'activité d'aide sous-estime les responsabilités inhérentes et les compétences des intervenants. Enfin, le manque d'appréciation de l'impact positif du travail des professionnels d'aide ne favorise ni leur émulation, ni leur engagement dans certaines initiatives visant l'amélioration de la qualité.

Force est de constater que la demande de reconnaissance des professionnels n'est pas motivée par l'augmentation des salaires, l'une des hypothèses qui empêcheraient les pouvoirs publics de s'y engager clairement. Cette reconnaissance consiste à valoriser le travail des intervenants et à reconnaître son importance sociétale par rapport à celui des autres métiers concernés par le maintien à domicile. Autrement dit, le travail des acteurs des services d'aide fait partie des leviers de la performance du système de santé au même niveau que celui des autres services de soins de longue durée.

Quant à la reconnaissance des personnes aidées, elle consiste en leur implication dans le processus de la prise de décisions concernant les services dont elles bénéficient. Le rôle des personnes âgées et celui de leurs familles doivent être reconnus en favorisant autant que possible leur participation dans le processus d'aide en tant qu'acteurs actifs et non pas uniquement en leur qualité de bénéficiaires. Il est nécessaire de promouvoir les modes de fonctionnement encourageant l'implication des personnes aidées dont les situations sociales et sanitaires sont défavorables à cette participation.

b. Développement des compétences des intervenants et renforcement du rôle de l'équipe d'encadrement intermédiaire

En nous référant aux résultats de notre étude et à ceux des autres travaux de recherche existants, nous relevons plusieurs indications intéressantes pouvant contribuer au développement de compétences des intervenants afin d'améliorer la qualité des services d'aide. En fait, cela pourrait favoriser la transformation des acquis de formation des intervenants en compétences professionnelles réelles (Hesbeen, 2002). Comme le souligne Le Boterf (2011), la compétence relève du « *savoir agir en situation* ». L'auteur précise que la compétence n'est pas l'addition de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être, mais qu'elle est plutôt la capacité à mobiliser différentes ressources requises pour agir dans une situation donnée.

En ce sens, les acteurs des services d'aide ont besoin des connaissances spécifiques à la qualité d'aide leur permettant d'améliorer leurs compétences d'analyse, de synthèse et d'interprétation des informations disponibles afin de mieux comprendre la situation de la personne pour mieux répondre à ses besoins. Chaque intervenant devrait développer ses propres compétences et participer au développement de celles de ses collègues par le partage d'expérience. Ainsi, des moments de travail réflexif, individuel et collectif, restent nécessaires dans le contexte des services d'aide.

Le rôle de l'équipe d'encadrement, en particulier celui des encadrants intermédiaires (coordinateurs et responsables de secteurs), est essentiel dans le développement des compétences individuelles et collectives au sein d'une organisation prestataire d'aide. Notre étude montre que les missions des encadrants intermédiaires sont déterminantes pour la qualité d'aide, non seulement pour ce qui concerne la qualité organisationnelle d'aide mais aussi pour d'autres attributs de la qualité d'aide. Ils ont la mission difficile de « concilier une demande de rationalisation de la gestion du personnel et une saturation psycho-physique des salariés qui ne parviennent plus à gérer les imprévus intrinsèques à l'activité » (Jany-Catrice & Puissant, 2010). Leur rôle est donc fondamental dans l'adoption des modes organisationnels favorables à l'émergence, à la réactualisation et au renforcement des facteurs individuels et collectifs contribuant au développement de pratiques professionnelles compétentes. Jouquan et Parent (2013) classifient ces facteurs en trois catégories, *facteurs prédisposants, capacitants et renforçants*. Les encadrants peuvent s'y référer pour faire évoluer leurs pratiques d'encadrement

en mettant en place des modes de fonctionnement plus efficaces que ceux utilisés actuellement, parfois mis en cause comme facteurs défavorables à la qualité d'aide.

En ce qui concerne les *facteurs prédisposants* par exemple, des rencontres professionnelles pourraient être organisées régulièrement pour travailler sur les croyances et sur les représentations des intervenants afin d'améliorer leur approche et leur attitude envers les personnes âgées, le comportement des intervenants pouvant parfois être sous l'influence des stéréotypes liés à l'image négative de la personne âgée telle qu'elle est véhiculée par la société contemporaine (Marchand, 2008).

À propos des *facteurs capacitants*, grâce au suivi régulier d'une équipe d'encadrement compétente, le dépistage des situations mettant en difficulté certains intervenants deviendrait possible. Cela permettrait d'identifier les ressources nécessaires aux intervenants pour améliorer leurs capacités d'agir dans diverses situations rencontrées au domicile, notamment la gestion de stress en cas d'urgences et la résolution des conflits.

Quant aux *facteurs renforçants*, le développement d'esprit d'équipe, la création d'espaces d'échange et la retro-action (feed-back) hiérarchique positive font partie des attentes exprimées par de nombreux intervenants souhaitant améliorer la situation actuelle qui favorise la dynamique individuelle au détriment de la dynamique collective (Dubar, 1992).

Jouquan et Parent (2013) indiquent que la démarche de développement des compétences doit se concevoir dans la perspective intégrative de l'ensemble de leurs déterminants et être basée sur l'activité professionnelle observée. D'après Brahimi et al. (2011), cette démarche constitue un levier de changement des pratiques en santé publique par le développement personnel, celui des compétences et celui de l'organisation.

L'approche par compétences peut assurer un équilibre entre le développement de compétences individuelles et collectives dans ce contexte de grande complexité et ainsi contribuer non seulement au développement personnel de tous les acteurs de santé publique (y compris ceux du service d'aide), mais aussi, à celui de toute l'organisation (Brahimi et al., 2011).

Étant donné l'importance du rôle des encadrants, ceux-ci devraient être reconnus et soutenus en leur attribuant des ressources conséquentes, matérielles, organisationnelles et de

connaissances, pour leur permettre d'assurer convenablement leurs missions comprenant de « multiples registres d'action, parfois contradictoires » (Jany-Catrice & Puissant, 2010).

7.2.3 Implications pour la recherche

Cette thèse rend plus explicite la notion de qualité des services d'aide à domicile en apportant les connaissances spécifiques et contextuelles fondées sur les perspectives des acteurs. D'après plusieurs auteurs, de telles connaissances sont indispensables pour l'élaboration d'un cadre conceptuel et pour le développement des indicateurs valides et acceptables de la qualité des services de santé (Campbell et al., 2002; Cleary & Edgman-Levitan, 1997; Pomey et al., 2013), dont font partie les services d'aide aux personnes âgées.

Les résultats de l'étude permettent de répondre aux problèmes méthodologiques et théoriques fréquemment rapportés à propos des travaux de recherche et d'évaluation de la qualité des services de santé. L'une des lacunes méthodologiques la plus évoquée est le manque de précisions concernant la définition et le contenu des concepts utilisés (Attree, 2001; Roberge et al., 1998). C'est dans ce cadre que certains chercheurs évoquent les limites des enquêtes de satisfaction pour apprécier la qualité (Crow et al., 2002; Dabholkar et al., 2000; Spreng & Mackoy, 1996), d'autres mentionnent la non-pertinence des indicateurs utilisés pour mesurer la qualité de certaines dimensions des services de santé (Bokhour et al., 2009). Par conséquent, la fiabilité des résultats obtenus est fréquemment mise en cause, ce qui entrave leur acceptabilité (Campbell et al., 2002).

D'autres pistes de recherche se dégagent à partir de ces résultats, notamment l'étude de la relation entre les différentes dimensions de la qualité des services d'aide et la satisfaction des acteurs. Cela peut aider à répondre aux interrogations des différents auteurs relatives à la fiabilité de la satisfaction en tant qu'indicateur de la qualité (Crow et al., 2002; Lin, 1996) et à saisir l'importance de chaque dimension de la qualité d'aide par rapport à la satisfaction des personnes aidées.

En outre, une étude de robustesse des dimensions identifiées peut être envisagée. Étant donné que la qualité dépend du contexte et de l'état des connaissances du moment (Roemer & Montoya-Aguilar, 1989), il est nécessaire de réaliser des recherches comparatives dans des situations organisationnelles et culturelles différentes (Chao & Roth, 2005). Les dimensions

identifiées de la qualité de l'aide seront ainsi complétées et validées afin de développer un cadre conceptuel de référence.

Enfin, cette thèse enrichit les résultats de l'étude réalisée dans le cadre d'un appel à projets soutenu par la Drees et la CNSA portant sur le développement des indicateurs de la qualité appropriés aux services d'aide à domicile (Bagaragaza, 2012), elle permet d'envisager la suite de cette recherche par l'élaboration d'indicateurs complémentaires ainsi que la validation théorique et empirique de l'ensemble.

Chapitre 8 : CONCLUSION

Cette thèse permet de préciser la conception et la définition de la qualité d'aide aux personnes âgées. Elle met en évidence plusieurs dimensions interdépendantes de la qualité d'aide et montre que celle-ci se conçoit dans une approche systémique prenant en compte les activités instrumentales et relationnelles de l'aide. Ainsi, un service d'aide de qualité va au-delà d'une simple réponse aux problèmes liés aux incapacités fonctionnelles des personnes aidées. Il s'appréhende comme un processus d'activités organisationnelles et cliniques visant à répondre aux besoins socioaffectifs et fonctionnels des personnes âgées.

Les résultats de la thèse montrent également que la qualité d'aide relève à la fois des facteurs personnels des acteurs, de leurs relations interpersonnelles et de la perception de leurs expériences individuelles et collectives. Elle est tributaire des ressources disponibles et de leurs mobilisations au sein d'un « *système clinique* » spécifique composé de l'environnement du domicile et de celui de l'organisation prestataire. Ainsi, cette qualité s'apprécie à travers un ensemble de critères relatifs aux attitudes, aux interactions et aux activités d'aide instrumentale.

La richesse de ces résultats confirme la nécessité de s'intéresser à la qualité des services d'aide en impliquant à la fois les bénéficiaires et les professionnels de terrain dont les perspectives sont actuellement peu considérées dans les travaux de recherches sur ce sujet.

In fine, quatre enseignements majeurs sont à retenir pour toute démarche concernant l'amélioration de la qualité d'aide :

- La qualité d'aide comprend plusieurs dimensions interdépendantes et s'inscrit dans une approche nécessitant la prise en compte du caractère systémique et intégré des services d'aide.
- La qualité d'aide relève du système de relations des activités socioaffectives et fonctionnelles impliquant un ensemble d'acteurs dont la place et les responsabilités doivent être reconnues et valorisées. C'est pourquoi la définition de la qualité d'aide se référant uniquement aux aspects instrumentaux répondant aux seules incapacités physiques est restrictive, elle est à éviter.
- Les acteurs s'accordent sur un ensemble des attributs de la qualité d'aide et sur leur importance. Toutefois, quelques différences de conception de la qualité sont identifiées et ne doivent pas être négligées lors de la démarche qualité.

- La conception des activités d'aide de qualité s'inscrit dans un processus proactif des pratiques et des relations afin de s'adapter aux variations des besoins des personnes âgées dépendantes en tenant compte des attentes et des capacités de chaque acteur.

L'ensemble de ces considérations constitue la base de réflexion pour mieux définir, dispenser et évaluer un service d'aide de qualité impliquant davantage tous les acteurs concernés et aussi pour déterminer les domaines des savoirs et des compétences à développer pour les métiers d'aide à domicile. C'est dans ce sens que la garantie de la qualité d'aide à domicile est un véritable enjeu de santé publique plus qu'un simple moyen de régulation de l'offre de services d'aide aux personnes âgées.

Bibliographie

- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (2012a). *L'évaluation interne : repères pour les services à domicile au bénéfice des publics adultes*: Anesm.
- Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (2012b). *Le dispositif d'évaluation des Etablissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux*. <http://www.ansm.sante.gouv.fr/IMG/pdf/presentationAnesm110912.pdf>
- Agrinier, N., & Rat, A. (2010). Quelles définitions pour la maladie chronique. *ADSP*, 72, 12-14.
- Aldeghi, I., & Loones, A. (2010, Décembre). Les emplois dans les services à domicile aux personnes âgées: Approche d'un secteur statistiquement indéfinissable. *Cahier de recherche*, 277, 82.
- Alexandre, M. (2013). La rigueur scientifique du dispositif méthodologique d'une étude de cas multiple1. *Recherches qualitatives*, 32(1), 26-56.
- Alster, K. B., & Radwin, L. E. (2004). The Deserved Care Framework for Evaluating Health Care Quality. *Home Health Care Management Practice*, 16(5), 332-338. doi:10.1177/1084822304264604
- Amar, E. (2014). Les dépenses d'aide sociale départementale en 2012. *Etudes et résultats*, 870, 6.
- Amar, É., Borderies, F., & Leroux, I. (2016). Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2014. *Série Statistiques*, 46.
- Anadón, M. (2006). La recherche dite «qualitative»: de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. *Recherches Qualitatives*, 26(1), 5-31.
- Angeloff, T. (2003). Employées de maison, aides à domicile : un secteur paradoxal In S. Gojard (Ed.), *Charges de famille* (La Découverte ed., pp. 165-186).
- Angeloff, T. (2008). Emplois de service : nouvelle domesticité ou gisement d'emplois ? In CNDP (Ed.), *Idees : Travail et genre* (pp. 80).
- Ankri, J., & Mormiche, P. (2002). Incapacités et dépendance de la population âgée française: apport de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance (HID). *Santé, Société et Solidarité*, 2, 25-38.
- Askari, M., Wierenga, P. C., Eslami, S., Medlock, S., de Rooij, S. E., & Abu-Hanna, A. (2011). Assessing Quality of Care of Elderly Patients Using the ACOVE Quality Indicator Set: A Systematic Review. *PLoS ONE*, 6(12), e28631. doi:10.1371/journal.pone.0028631
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'Good' and 'Not so Good' quality care. *Journal of Advanced Nursing*, 33(4), 456-466.
- Aubree, L., Barry, H., Baillon, J., & Manguin, J. (2006). L'action sociale extralégale et facultative des départements. *Etudes et résultats*, 537.
- Bagaragaza, E. (2012). *L'évaluation de la qualité de l'aide et de soins aux personnes âgées vivant à domicile: Cas des Services Polyvalentes d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)*: Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ).
- Barry, M. J., & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care. *New England Journal of Medicine*, 366(9), 780-781.

- Bataille, F. (2001). Compétence collective et performance. *Revue de gestion des ressources humaines*(40), 66-81.
- Batalden, P. B., & Davidoff, F. (2007). What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care*, 16(1), 2-3.
- Bayliss, E. A., Edwards, A. E., Steiner, J. F., & Main, D. S. (2008). Processes of care desired by elderly patients with multimorbidities. *Family Practice*, 25(4), 287-293. doi:10.1093/fampra/cmn040
- Bazin, C., Guyonvarch, A., Falinower, I., & Malet, J. (2011). *L'importance économique de l'emploi de l'emploi d'aide à domicile d'aide à domicile d'aide à domicile. Analyse sur 10 ans et conjoncture au 1er semestre 2010: Recherches & Solidarités – CNAR – UNIOPSS.*
- Beaudoin, A., Lefrançois, R., & Ouellet, F. (1986). Les pratiques évaluatives: enjeux, stratégies et principes. *Service social*, 35(1-2), 188-213.
- Béland, F. (2010). Intégration des services (gériatrie). *International Encyclopedia of Rehabilitation*.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A. M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A. P., & Dallaire, L. (2006). A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: results from a randomized controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 61(4), 367-373.
- Béland, F., Bergman, H., Lebel, P., Dallaire, C., Fletcher, J., Contandriopoulos, A. P., & Tousignant, P. (2008). Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA). Expérimentation d'un modèle pour le Canada. *Gérontologie et société*, 124, 49-83.
- Belk, R. W. (1975). Situational variables and consumer behavior. *Journal of Consumer research*, 2(3), 157-164.
- Benaim, C., Froger, J., Compan, B., & Pélissier, J. (2005). Évaluation de l'autonomie de la personne âgée. *Annales de Réadaptation et de Médecine Physique*, 48(6), 336-340.
- Bensadon, A.-C. (2006). *Enquête « Isolement et Vie relationnelle »: Le collectif « Combattre la solitude des personnes âgées ».*
- Bensadon, A.-C., Daniel, C., & Scarbonchi, F. (2017). *Evaluation de la mise en oeuvre de la loi d'adaptation de la société au vieillissement pour le volet domicile (2017-004R): IGAS.*
- Bérardier, M. (2012). Vieillir chez soi : usages et besoins des aides techniques et des aménagements du logement. *Etudes et résultats*, 823, 6.
- Bérardier, M. (2014). Les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile et leurs ressources en 2011. *Etudes et résultats*, 876, 8.
- Berg, K., Mor, V., Morris, J., Murphy, K., Moore, T., & Harris, Y. (2002). Identification and evaluation of existing nursing homes quality indicators. *Health Care Financ Rev.*, 23(4), 19-36.
- Bertakis, K. D., Roter, D., & Putnam, S. M. (1991). The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *Journal of Family Practice*, 32(2), 175-182.
- Bertaux, D. (1980). L'approche biographique : sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 69, 197-225. doi:10.2307/40689912
- Bertrand, D. (2010). Les services de soins infirmiers à domicile en 2008. *Etudes et résultats - Drees, N°739.*
- Björkgren, M., Fries, B. E., & Shugarman, L. (2000). Testing a RUG-III Based Case-Mix System for Home Care. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillessement*, 19 (Supplement 2), 106-125.

- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*, 26(2), 1-18.
- Blanpain, N. (2010, oct). 15000 centenaires en 2010 en France, 200000 en 2060? *Insee Première*, 4.
- Bloch, O., & Von Wartburg, W. (Eds.). (1964) (Presses universitaires de France ed.). Paris.
- Blumenthal, D. (1996). Part 1: Quality of care--what is it? *N Engl J Med*, 335(12), 891-894.
- Blumer, H. (1954). What is Wrong with Social Theory? *American Sociological Review*, 19(1), 3-10. doi:10.2307/2088165
- Boeck, P. R. (2014). Presence. *SAGE Open*, 4(1), 2158244014527990. doi:doi:10.1177/2158244014527990
- Bokhour, B. G., Pugh, M. J., Rao, J. K., Avetisyan, R., Berlowitz, D. R., & Kazis, L. E. (2009). Improving Methods for Measuring Quality of Care: A Patient-Centered Approach in Chronic Disease. *Medical Care Research and Review*, 66(2), 147-166. doi:10.1177/1077558708327174
- Bonnet, M. (2006). Le métier de l'aide à domicile : travail invisible et professionnalisation. *Nouvelle revue de psychosociologie*, 1, 73-85. doi:10.3917/nrp.001.85
- Bos, J. T., Frijters, D. H., Wagner, C., Carpenter, G. I., Finne-Soveri, H., Topinkova, E., . . . Bernabei, R. (2007). Variations in quality of Home Care between sites across Europe, as measured by Home Care Quality Indicators. *Aging Clin Exp Res*, 19(4), 323-329.
- Bouchard, C., & Plante, J. (2002). La qualité: mieux la définir pour mieux la mesurer. *Les Cahiers du Service de pédagogie expérimentale*, 12, 219-236.
- Bouffin, S., Bresne, J., Camors, C., & Gualbert, B. (2011). Les services à la personne en Ile-de-France : des emplois précaires et peu rémunérés. Retrieved from www.insee.fr/ile-de-france
- Bourreau-Dubois, C., Gramain, A., Lim, H., & Xing, J. (2014). *Impact du reste à charge sur le volume d'heures d'aide à domicile utilisé par les bénéficiaires de l'APA*: Documents de travail du Centre d'Economie de la Sorbonne 2014.24 - ISSN : 1955-611X. .
- Boyer, A., & Nefzi, A. (2009). La perception de la qualité dans le domaine des services : Vers une clarification des concepts. *La Revue des Sciences de Gestion*(n° 237-238) , 43-54.
- Bradley, E. H., Curry, L. A., & Devers, K. J. (2007). Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. *Health Serv Res*, 42(4), 1758-1772. doi:10.1111/j.1475-6773.2006.00684.x
- Brady, M. K., & Cronin, J. J. J. (2001). Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. *Journal of Marketing*, 65(3), 34-49. doi:doi:10.1509/jmkg.65.3.34.18334
- Brahimi, C., Farley, C., & Joubert, P. (2011). *L'approche par compétences: un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec*: Institut national de santé publique du Québec.
- Branchu, c., Jaouen, V., & Naves, P. (2015). *Evaluation des expérimentations relatives à la tarification des services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)*. Paris: Inspection générale des affaires sociales (IGAS).
- Brault, I., Roy, D., & Denis, J.-L. (2008). Introduction à la gouvernance clinique: historique, composantes et conceptualisation renouvelée pour l'amélioration de la qualité et de la performance des organisations de santé. *Pratiques et organisation des soins*, 39(3), 167-173.

- Brook, R. H., McGlynn, E. A., & Cleary, P. D. (1996). Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. *N Engl J Med*, 335(13), 966-970.
- Brousseau, É. (2001). *Confiance ou contrat, confiance et contrat*. Paper presented at the Confiance et rationalité Dijon (France).
- Brousselle, A., & Champagne, F. (2011). Program theory evaluation: Logic analysis. *Eval Program Plann*, 34(1), 69-78. doi:10.1016/j.evalprogplan.2010.04.001
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., & Hartz, Z. (2009). *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal: les Presses de l'université de Montréal.
- Bruant-Bisson, A., Aube-Martin, P., & De Reboul, J.-B. (2010). *Mission relative aux questions de tarification et de solvabilisation des services d'aide à domicile en direction des publics fragiles*: IGAS, IGF.
- Burns, T., Catty, J., Dash, M., Roberts, C., Lockwood, A., & Marshall, M. (2007). Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ*, 335(7615), 336.
- Buyck, J.-F., Castéran-Sacreste, B., Cavillon, M., Lelièvre, F., Tuffreau, F., & Mikol, F. (2014). La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile. *Etudes et résultats*, 869, 6.
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (2013). *Rapport d'activité 2012*: CNSA.
- Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. (Juin 2016). *Les chiffres clés à l'aide à l'autonomie*: CNSA.
- Calnan, M. (1988). Towards a conceptual framework of lay evaluation of health care. *Social Science & Medicine*, 27(9), 927-933. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90283-3](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(88)90283-3)
- Cambois, E., Blachier, A., & Robine, J. M. (2013). Aging and health in France: an unexpected expansion of disability in mid-adulthood over recent years. *Eur J Public Health*, 23(4), 575-581. doi:10.1093/eurpub/cks136
- Cambois, E., Meslé, F., & Pison, G. (2009). L'allongement de la vie et ses conséquences en France. *Regards croisés sur l'économie*, 5, 30-41.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000a). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321(7262), 694-696. doi:10.1136/bmj.321.7262.694
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 11(4), 358-364. doi:10.1136/qhc.11.4.358
- Campbell, S. M., Roland, M. O., & Buetow, S. A. (2000b). Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1611-1625. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00057-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00057-5)
- Canuel, C., Couturier, Y., & Beaulieu, M. (2010). Le rôle des proches dans le processus de détermination de l'inaptitude de la personne âgée en perte d'autonomie du point de vue des professionnels. *Enfances, Familles, Générations*(13), 97-115.
- Cara, C. (2003). A pragmatic view of Jean Watson's caring theory. *International Journal for Human Caring*, 7(3), 51-61.
- Cara, C. (2010). Explorer les fondements théoriques du caring dans la pratique infirmière. In P. A. Potter & A. G. Perry (Eds.), *Soins infirmiers - Fondements généraux, 3e édition* (pp. 85-99). Montréal: Chenelière éducation.

- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'approprier la théorie du Human Caring de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en soins infirmiers*(4), 37-45.
- Carayol, V. (2012). Pour une approche communicationnelle de la qualité. *Communication et organisation*, 17. doi:10.4000/communicationorganisation.2373
- Carpenter, G. I., Hastie, C. L., Morris, J. N., Fries, B. E., & Ankri, J. (2006). Measuring change in activities of daily living in nursing home residents with moderate to severe cognitive impairment. *BMC Geriatr*, 6, 7.
- Chakraborty, R., & Majumdar, A. (2011). Measuring consumer satisfaction in health care sector: the applicability of servqual. *International Journal of Arts, Science and Commerce*, 2(4), 149-160.
- Chao, S.-Y., & Roth, P. (2005). Dimensions of quality in long-term care facilities in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), 609-618. doi:10.1111/j.1365-2648.2005.03632.x
- Chauvière, M. (2000). L'aide à domicile en en transition *Les Cahiers de l'UNASSAD (N° spécial)*, 148.
- Chevreur, K. (2009) Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD): Le coût de leur prise en charge et ses déterminants. (pp. 86): Direction générale de l'action sociale.
- Choinière, R. (2010). *Vieillesse de la population, état fonctionnel des personnes âgées et besoins futurs en soins de longue durée au Québec*: Institut National de Santé Publique du Québec.
- Claveranne, J.-P., Vinot, D., Fraisse, S., Robelet, M., Candel, D., Dubois, D., & Marchaudon, P. (2003). *Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé* <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00915648>
- Cleary, P. D., & Edgman-Levitan, S. (1997). Health care quality: Incorporating consumer perspectives. *JAMA*, 278(19), 1608-1612. doi:10.1001/jama.1997.03550190072047
- Cleary, P. D., & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25-36.
- Clergeau, C., & Dussuet, A. (2004). Les entreprises sociales en quête de professionnalisation. *Revue internationale de l'économie sociale*(294), 39-53.
- Closs, S. J., & Tierney, A. J. (1993). The complexities of using a structure, process and outcome framework: the case of an evaluation of discharge planning for elderly patients. *Journal of Advanced Nursing*, 18(8), 1279-1287. doi:10.1046/j.1365-2648.1993.18081279.x
- Coestier, B., & Murette, S. (2004). *Economie de la qualité: La découverte*.
- Coleman, K., Austin, B. T., Brach, C., & Wagner, E. H. (2009). Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health affairs*, 28(1), 75-85.
- Collège de la Haute Autorité de Santé. (2007). *Définir, ensemble, les nouveaux horizons de la qualité en santé* Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé.
- Collombet, C., & Gimbert, V. (2014). La prise en charge des aînés face au défi du vieillissement. *Informations sociales*(185), 56-66.
- Colombo, F., Llana-nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). Besoin d'aide ? La prestation de services et de financement de la dépendance (pp. 388). Paris. FRA: Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.).
- Com-Ruelle, L., Dourgnon, P., & Midy, F. (2002). *L'infirmier libéral et la coordination avec les services d'aide au maintien à domicile*: CREDES.
- Combes, M.-C. (2002). La compétence relationnelle: une question d'organisation. *Travail et emploi*, 92(10), 5-26.

- Commission paritaire nationale de l'emploi et de la formation professionnelle. (2009). *Aide à domicile, on gagne toujours à être connu: Synthèse de l'observatoire 2007/2009*: CPNEFP.
- COMPAQ-HPST. (2011). *Mesure de l'expérience du patient. Analyse des initiatives internationales*. Paris: Haute Autorité de Santé.
- Conseil québécois d'agrément. (2012). Santé et service sociaux. Retrieved from <http://www.cqaqualite.ca/fr/sant%C3%A9-et-services-sociaux>
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes. *Rev Epidemiol Sante Publique*, 48(6), 517-539.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer* (Presses de l'Université de Montréal ed.). Montréal: Gaëtan Morin.
- Contandriopoulos, A.-P., Denis, J.-L., Touati, N., & Rodriguez, R. (2001). Intégration des soins: dimensions et mise en œuvre. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 8(2), 38-52.
- Couillerot-Peyrondet, A.-L., Midy, F., & Bruneau, C. (2011). Perception de la qualité des soins reçus par les personnes atteintes de maladie chronique. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 59(1), 23-31.
- Cour des comptes. (2005). *Les personnes âgées dépendantes: rapport au Président de la République suivi des réponses des administrations et des organismes intéressés*. Paris: Cour des Comptes.
- Cour des comptes. (2010). *Rapport public annuel - 2010, Chap 3 Politiques publiques: La politique en faveur des services à la personne*. Paris: Cour des Comptes.
- Cour des comptes. (2014). *Le développement des services à la personne et le maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie*. Paris: Cour des comptes.
- Coutton, V. (2001, Décembre). Evaluer la dépendance à l'aide de Groupes Iso-Ressources (GIR) : une tentative en France avec la grille AGGIR. *Gérontologie et société*, 99, 111-129.
- Covington, H. (2003). Caring presence delineation of a concept for holistic nursing. *Journal of Holistic Nursing*, 21(3), 301-317.
- Coyer, X. (2006). La politique française en faveur des personnes âgées. *Santé, Société et Solidarité*, 5(1), 153-158.
- Cresson, G., & Gadrey, N. (2004). Entre famille et métier: le travail du care. *Nouvelles Questions Féministes*, 23, 26-41.
- Creswell, J. W., & Miller, D. L. (2000). Determining Validity in Qualitative Inquiry. *Theory Into Practice*, 39(3), 124-130. doi:10.1207/s15430421tip3903_2
- Cronin, J. J., Jr., & Taylor, S. A. (1992). Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68. doi:10.2307/1252296
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technol Assess*, 6(32).
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of consulting psychology*, 24(4), 349.
- Cusins, P. (1994). Understanding quality through systems thinking. *The TQM Magazine*, 6(5), 19-27.
- D'Amour, D., Sicotte, C., & Lévy, R. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences sociales et santé*, 17(3), 67-94.

- Da Roit, B., & Le Bihan, B. (2009). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et en Italie. Familiarisation ou défamiliarisation du care ? *Lien social et Politiques*, 62, 41-55.
- Dabholkar, P. A., Shepherd, C. D., & Thorpe, D. I. (2000). A comprehensive framework for service quality: an investigation of critical conceptual and measurement issues through a longitudinal study. *Journal of Retailing*, 76(2), 139-173. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4359\(00\)00029-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4359(00)00029-4)
- Dabo, B. (2009). *Impact de la qualité de service perçue sur l'engagement à la boutique de quartier: application aux produits de petit déjeuner*. (DEA), Université Cheikh Anta Diop de Dakar.
- Dares. (2014). Les services à la personne en 2012 Baisse de l'activité, sauf dans les entreprises prestataires. *Dares analyses*, 038, 13.
- Davin, B., Joutard, X., Moatti, J.-P., Paraponaris, A., & Verger, P. (2006). Besoins et insuffisance d'aide humaine aux personnes âgées à domicile: une approche à partir de l'enquête «Handicaps, incapacités, dépendance» 1. *Sciences sociales et santé*, 24(3), 59-93.
- De Stampa, M., Vedel, I., Mauriat, C., Bagaragaza, E., Routelous, C., Bergman, H., . . . Henrard, J.-C. (2010). Diagnostic study, design and implementation of an integrated model of care in France: a bottom-up process with continuous leadership. *International Journal of Integrated Care*, 10(1).
- De Veer, A. J., & De Bakker, D. H. (1994). Measuring unmet needs to assess the quality of home health care. *Int J Qual Health Care*, 6(3), 267-274.
- Debonneuil, M. (2008). *Les services à la personne : bilan et perspectives: Inspection générale des Finances*.
- Déchamp-Le Roux, C. (2012). La prévention des risques liés au vieillissement : un nouveau pacte social ? *Gérontologie et société*, 5(HS n°1), 81-91.
- Delbanco, T., Berwick, D., Boufford, J., Edgman-Levitan, S., Ollenschlager, G., Plamping, D., & Rockefeller, R. (2001). Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. *Health Expect*, 4(3), 144-150.
- DePalma, J. A. (2002). The Consumer's Perspective of Quality Health Care. *Nursing Administration Quarterly*, 26(5), 90-93.
- Detolle, J. (2001, Décembre). Le référentiel AFNOR "Services aux personnes à domicile". *Gérontologie et société*, n°99.
- Devettier, F. X., Jany-Catrice, F., & Ribault, T. (2009). *Les services à la personne*. Paris: La Découverte.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q*, 44(3), Suppl:166-206.
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*.: Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. doi:10.1001/jama.260.12.1743
- Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care* (Oxford University Press Ed.). Oxford.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x

- Donaldson, M. S. (1999). *Measuring the quality of health care*. Washington, D.C.: National Academies Press.
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (2002). An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 29-39.
- Doucet, C. (2013). La qualité: pourquoi, comment? *Que sais-je?*, 4, 5-14.
- Douguet, F., Muñoz, J., & Leboul, D. (2005). *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants*: Drees.
- Drapeau, M. (2004). Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Pratiques Psychologiques*, 10(1), 79-86. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- Drewes, Y. M., den Elzen, W. P., Mooijaart, S. P., de Craen, A. J., Assendelft, W. J., & Gussekloo, J. (2011). The effect of cognitive impairment on the predictive value of multimorbidity for the increase in disability in the oldest old: the Leiden 85-plus Study. *Age Ageing*, 40(3), 352-357. doi:10.1093/ageing/afr010
- Dubar, C. (1992, 1992). Formes identitaires et socialisation professionnelle. *Revue française de sociologie*, 505-529.
- Dubar, C. (2002). *La socialisation: Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Armand Colin.
- Duffy, J. R., & Hoskins, L. M. (2003). The Quality-Caring Model: blending dual paradigms. *ANS Adv Nurs Sci*, 26(1), 77-88.
- Duke, S., & Copp, G. (1992). Hidden nursing. *Nursing times*, 88(17), 40.
- Dumalin, F., & Rahou, N. (2008). Services à la personne. Evolutions, organisation et conditions de travail (pp. 103): Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail.
- Dumont, V. (2008, 21-22 octobre). *Du débat sur la place des logiciels dans l'analyse de données qualitatives*. Paper presented at the Logiciels pour l'analyse qualitative : innovations techniques et sociales, Centre de Recherche Public Henri Tudor, Luxembourg.
- Dutheil, N. (2000). Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999. *Etudes et résultats - Drees*, 91, 8.
- Dutheil, N. (2001). Les aides et les aidants des personnes âgées. *Etudes et résultats*, 142, 12.
- Ellefsen, E. (2013). La santé-dans-la-maladie: un nouveau modèle pour comprendre l'expérience universelle de la maladie chronique. *Recherches Qualitatives*, 15, 132-146.
- Ennuyer, B. (2006). *Repenser le maintien à domicile. Enjeux - acteurs - organisation*. Paris: Dunod.
- Ennuyer, B. (2007, Avril). 1962-2007 : Regards sur les politiques du « maintien à domicile » et sur la notion de « libre choix » de son mode de vie. *Gérontologie et société*, 123, 153-167.
- Ennuyer, B. (2012, Mars). Les services de maintien à domicile et le métier d'aide à domicile: quel bilan après la loi borloo de 2005 ? *Gérontologie et société*, 142, 143-156.
- European Commission. (2010). Population projections. Retrieved from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_projections
- European Commission. (2011). *The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies*. (9279192981). Office for Official Publications of the European Communities.
- Eurostat (Producer). (2011, 1/03/2012). La population de l'UE27 devrait être au plus haut autour de 2040, une personne sur huit âgée de 80 ans ou plus en 2060.

- Eurostat. (2014). Structure et vieillissement de la population Retrieved from http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing/fr
- Eurostat. (2016). Espérance de vie par âge et sexe. Retrieved 23/02/2017 http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_mlexpec&lang=fr
- Fast, J., Keating, N. C., Derksen, L., & Otfinowski, P. (2004). Characteristics of family/friend care networks of frail seniors. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillissement*, 23(1), 5-19.
- Fédération Hospitalière de France. (2013). *Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligations de soins et de sécurité*: Haute Autorité de Santé.
- Ferguson, J. A., & Weinberger, M. (1998). Case management programs in primary care. *J Gen Intern Med*, 13(2), 123-126.
- Ferlie, E. B., & Shortell, S. M. (2001). Improving the quality of health care in the United Kingdom and the United States: a framework for change. *Milbank Quarterly*, 79(2), 281-315.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *J Clin Nurs*, 17(2), 196-204. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01824.x
- Fontaine, D., Beyraged, L., & Miachon, C. (2004). *Le Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social*: ORS Rhône-Alpes,.
- Fouquet, A. (2001). Le travail domestique : du travail invisible au « gisement » d'emplois. In Presses Universitaires de France (Ed.), *Masculin-Féminin questions pour les sciences de l'homme* (2 ed., pp. 2001).
- Francis, J., & Netten, A. (2004). Raising the Quality of Home Care: A Study of Service Users' Views. *Social Policy & Administration*, 38(3), 290-305. doi:10.1111/j.1467-9515.2004.00391.x
- Fredriksson, L. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 1167-1176.
- Gagnon, Y.-C. (2009). *L'étude de cas comme méthode de recherche : Comment assurer la véracité des résultats*. Paper presented at the 2ème colloque international francophone sur les méthodes qualitatives, Lille.
- Gagnon, Y.-C. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche* (2ème ed.). Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Gardin, L., Nyssens, M., & Minguzzi, P. (2010). Les quasi-marchés dans l'aide à domicile: une mise en perspective européenne. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 81(4), 509-536. doi:10.1111/j.1467-8292.2010.00420.x
- 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. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(5), S259-S270. doi:10.1093/geronb/55.5.S259
- Gill, L., & White, L. (2009). A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*, 22(1), 8-19.
- Gilles, L., & Loones, A. (2011, Novembre). Précarité, isolement et conditions de logement : la profonde fragilité des personnes âgées ». *Consommation et modes de vie* N° 245, 4.

- Giorgi, A. (2000). Concerning the application of phenomenology to caring research. *Scand J Caring Sci*, 14(1), 11-15.
- Gomez, P.-Y. (1994). *Qualité et théorie des conventions*: Broché
- Gramain, A. (1997). Décisions de recours au système de soins dans la prise en charge des personnes âgées dépendantes : un modèle de choix discret dynamique. *Économie & prévision*, 239-254.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Greenfield, D., Pawsey, M., & Braithwaite, J. (2012). The role and impact of accreditation on the healthcare revolution (O papel eo impacto da acreditação na revolução da atenção à saúde). *Accreditação*, 1(2), 1-14.
- Grönroos, C. (1984). A Service Quality Model and its Marketing Implications. *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-44.
- Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 4(1), 59-78.
- Halcomb, E., & Andrew, S. (2005). Triangulation as a method for contemporary nursing research. *Nurse Res*, 13(2), 71-82.
- Halligan, A., & Donaldson, L. (2001). Implementing clinical governance: turning vision into reality. *BMJ*, 322(7299), 1413-1417.
- Handicap, G. d. R. e. r. p. l. A. T. d. p. e. s. d. (2009). *Enquête nationale sur les besoins et attentes des personnes âgées dépendantes et de leurs proches aidants en matière de relais*. Lanester: GRATH.
- Harris, M. F., & Zwar, N. A. (2007). Care of patients with chronic disease: the challenge for general practice. *Med J Aust*, 187(2), 104-107.
- Hawes, C., Morris, J. N., Phillips, C. D., Mor, V., Fries, B. E., & Nonemaker, S. (1995). Reliability estimates for the Minimum Data Set for nursing home resident assessment and care screening (MDS). *Gerontologist*, 35(2), 172-178.
- Haywood-Farmer, J. (1988). A conceptual model of service quality. *International Journal of Operations & Production Management*, 8(6), 19-29.
- Health Services Research Group. (1992). Quality of care: 1. What is quality and how can it be measured? . *CMAJ*, 146(12), 2153-2158.
- Henneman, E. A., Lee, J. L., & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 103-109.
- Henrard, J.-C. (2002a). Les multiples facettes du vieillissement. *Santé, Société et Solidarité*, 13-19.
- Henrard, J.-C. (2002b). Vieillesse et santé. Le système français d'aide et de soins aux personnes âgées. . *Santé Société et Solidarité : Revue de l'Observatoire Franco-Quebecois de la Santé et de la Solidarité*, 2, 73-82.
- Henrard, J.-C. (2009, Mai). Promouvoir la santé des personnes âgées : Face aux soins, développer le préventif et le médico-social au profit des personnes âgées (entretien). *La santé de l'homme* 401, 23-25.
- Henrard, J. C. (2012). *La perte d'autonomie, Un nouvel enjeu de société* (L'Harmattan ed.). Paris.
- Henrard, J. C., & Ankri, J. (1999). *Grand âge et santé publique*. Rennes: ENSP.
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin. *Perspective soignante*, 4, 1-20.

- Hesbeen, W. (2002). *La qualité du soin infirmier. Penser et agir dans une perspective soignante* (Masson Ed. 2ème ed.). Paris.
- Hirdes, J. P., Fries, B. E., Morris, J. N., Ikegami, N., Zimmerman, D., Dalby, D. M., . . . Jones, R. (2004). Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *Gerontologist*, 44(5), 665-679.
- Hirdes, J. P., Ljunggren, G., Morris, J. N., Frijters, D. H., Finne Soveri, H., Gray, L., . . . Gilgen, R. (2008). Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Serv Res*, 8, 277. doi:10.1186/1472-6963-8-277
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*, 15(9), 1277-1288. doi:10.1177/1049732305276687
- Hugues, E. C. (1958). *Men at their Work*. London: The Free Press of Glencoe.
- Husband, A. (1988). Application of King's Theory of Nursing to the care of the adult with diabetes. *J Adv Nurs*, 13(4), 484-488.
- Huycke, L., & All, A. C. (2000). Quality in health care and ethical principles. *J Adv Nurs*, 32(3), 562-571.
- Ikegami, N., Hirdes, J. P., & Carpenter, G. I. (2002). Measuring the quality of long-term care in institutional and community settings. *Measuring Up: Improving the performance of health systems in OECD countries*. (pp. 227-293): OECD.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*(102), 23-34. doi:10.3917/rsi.102.0023.
- Institut Montaigne. (2013). *Accès aux soins : en finir avec la fracture territoriale*. Paris
- Institut national de la statistique et des études économiques. (2010). Projections de population à l'horizon 2060. Retrieved from http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1320
- Institut national de la statistique et des études économiques (Producer). (2012a, 20/05/2016). Les dernières données sur l'espérance de vie en bonne santé dans les 27 pays. Retrieved from www.inserm.fr
- Institut national de la statistique et des études économiques. (2012b). Tableaux de l'économie française - édition 2012 Retrieved from http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T12F032
- Institut national de la statistique et des études économiques. (2014). Personnes âgées dépendantes. Retrieved 20th January 2015, from INSEE http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=T14F096
- Institute of Medicine. (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance, Volume I*. Washington, DC: The National Academies Press.
- InterRAI. (2011). An Overview of the interRAI Family of Assessment Systems Retrieved from <http://www.interrai.org/section/view/>
- Irvine, D., Souraya, S., & MacGillis, H. L. (1998). Linking outcomes to nurses' roles in health care. *Nursing Economics*, 16, 58-64.
- Isaacs, B., & Neville, Y. (1976). The needs of old people. The 'interval' as a method of measurement. *Br J Prev Soc Med*, 30(2), 79-85.
- Iyer, E. S. (1989). Unplanned purchasing: Knowledge of shopping environment and time pressure. *Journal of Retailing*, 65(1), 40-57.

- Jany-Catrice, F., & Puissant, E. (2010). L'aide à domicile face aux services à la personne et registres d'action contradictoires: des politiques aux organisations. *La Revue de l'IRE*(1), 121-147.
- Joël, M.-E. (2003). Les conditions de vie des personnes âgées vivant à domicile d'après l'enquête HID. *Revue française des affaires sociales*(1-2), 103-122.
- Jonnaert, P. (2009). *Compétences et socioconstructivisme: un cadre théorique* (2ème ed.): De Boeck Supérieur.
- Jouet, E., Flora, L., & Las Vergnas, O. (2010). Construction et reconnaissance des savoirs expérientiels des patients. *Pratiques de formation-Analyses*, 2010(58-59), olivier_lv.
- Jougleux, M. (2006). Enrichir l'approche théorique de la qualité dans les services: qualité du service et qualité de service. *Recherche et Applications en Marketing*, 21(3), 3-18.
- Jouquan, J., & Parent, F. (2013). Les enjeux épistémologiques et méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles en santé. *Parent F., Jouquan J.(2013), Penser la formation des professionnels de santé. Une perspective intégrative, Bruxelles, De Boeck*, 59-62.
- Kampen, J. K., Walle, S. V. D., & Bouckaert, G. (2006). Assessing the Relation between Satisfaction with Public Service Delivery and Trust in Government: The Impact of the Predisposition of Citizens toward Government on Evaluations of Its Performance. *Public Performance & Management Review*, 29(4), 387-404. doi:10.2307/20447604
- Kass-Bartelmes, B. L. (2002). *Preventing disability in the elderly with chronic disease*: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Kimchi, J., Polivka, B., & Stevenson, J. S. (1991). Triangulation: operational definitions. *Nurs Res*, 40(6), 364-366.
- King, I. M. (1997). King's theory of goal attainment in practice. *Nurs Sci Q*, 10(4), 180-185.
- King, I. M. (2006). A Systems Approach in Nursing Administration: Structure'Process' and Outcome. *Nursing Administration Quarterly*, 30(2), 100-104.
- Klarsfeld, A. (2000). La compétence, ses définitions, ses enjeux. *GESTION* 2000(2), 31-48.
- Kravitz, R. L. (1996). Patients' expectations for medical care: an expanded formulation based on review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 53(1), 3-27.
- Krishnan, K. R., Delong, M., Kraemer, H., Carney, R., Spiegel, D., Gordon, C., . . . Wainscott, C. (2002). Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biol Psychiatry*, 52(6), 559-588.
- Kröger, E., Tourigny, A., Morin, D., Cote, L., Kergoat, M. J., Lebel, P., . . . Benounissa, Z. (2007). Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia. *BMC Health Serv Res*, 7, 195. doi:10.1186/1472-6963-7-195
- Krol, P., & Legault, A. (2008). Mieux comprendre l'apprentissage du caring, une nécessité pour préserver l'approche humaniste au cœur des soins. *L'infirmière Clinicienne*, 5(1), 35-41.
- Krosnick, J. A., Boninger, D. S., Chuang, Y. C., Berent, M. K., & Carnot, C. G. (1993). Attitude strength: One construct or many related constructs? *Journal of personality and social psychology*, 65(6), 1132.
- Kyle, T. V. (1995). The concept of caring: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21(3), 506-514.
- L'Hostis, M., & Chartreau, C. (2011, Juillet 2011). Panorama du financement public du secteur sanitaire, social et médico-social. *Fiche Pratique de Gestion*, 11.

- Lafortune, L., Béland, F., & Bergman, H. (2011). Le vieillissement et les services de santé: une réorientation des pratiques cliniques plutôt qu'un défi économique. *Vie économique*, 3(1), 1-13.
- Landi F, O. G. (2001). A new model of integrated home care for the elderly : impact on hospital use. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 968-970.
- Landi, F., Tua, E., Onder, G., Carrara, B., Sgadari, A., Rinaldi, C., . . . Bernabei, R. (2000). Minimum data set for home care: a valid instrument to assess frail older people living in the community. *Medical Care Research and Review*, 38(12), 1184-1190.
- Latzko-Toth, G. (2009). *L'étude de cas en sociologie des sciences et des techniques*. Montréal: Centre interuniversitaire de recherche sur la science et la technologie.
- Laville, J. L., & Nyssens, M. (2001). *Les services sociaux entre associations, État et marché. L'aide aux personnes âgées* (Broché Ed.): La Découverte/M.A.U.S.S.
- Le Boterf, G. (2002). De quel concept de compétence avons-nous besoin? *Soins cadres*, 41, 1-3.
- Le Boterf, G. (2011). *Ingénierie et évaluation des compétences* (E. Eyrolles Ed. 6th ed.): Editions Eyrolles.
- Leduc, S., & Valléry, G. (2006). Approche des compétences sociales par l'analyse de l'activité: une étude chez les aides à domicile. *L'orientation scolaire et professionnelle*(35/3), 387-419.
- Légifrance. (2012). Code de l'action sociale et des familles. Retrieved from <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796960&dateTexte=&categorieLien=cid>
- Legris, Y. (2009). Utilité d'un référentiel de la qualité qui soit cohérent avec la mission. *La revue de l'innovation : La Revue de l'innovation dans le secteur public*, 14(3).
- Lejeune, M. (1989). Services et produits : De la différence à la complémentarité. *Revue Française de Marketing*, 1(121), 47-66.
- Levasseur, M., Larivière, N., Royer, N., Desrosiers, J., Landreville, P., Voyer, P., . . . Sévigny, A. (2012). Concordance entre besoins et interventions de participation des aînés recevant des services d'aide à domicile. *Gérontologie et société*(4), 111-131.
- 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. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S8755-7223\(96\)80095-0](http://dx.doi.org/10.1016/S8755-7223(96)80095-0)
- Lohr, K. N. (1990). *Medicare: A Strategy for Quality Assurance (Vol. 1)*. : National Academies Press.
- Loones, A., David-Alberola, E., & Jauneau, P. (2009). *La fragilité des personnes âgées: Perceptions et mesures* CREDOC.
- Loubat, J.-R. (2002). Rénovation de la loi de 1975 et relation de service *Empan*, 45, 47-56.
- Low, L.-F., Yap, M., & Brodaty, H. (2011). A systematic review of different models of home and community care services for older persons. *BMC Health Services Research*, 11(1), 93.
- Malley, J., Netten, A., & Jones., K. C. (2007). *Using survey data to measure changes in the quality of home care. Analysis of the Older People's User Experience Survey 2006*: Personal Social Services Research Unit, Canterbury.
- Marchand, M. (2008). Regards sur la vieillesse. *Le Journal des psychologues*(3), 22-26.

- Marec, Y., & Réguer, D. (2013). *De l'hospice au domicile collectif. La vieillesse et ses prises en charge de la fin du XVIIIe siècle à nos jours* (Presses universitaires de Rouen et du Havre ed.). Mont-Saint-Aignan: Presses universitaires de Rouen.
- Marette, S. (2004). I. Les différentes facettes de la qualité (pp. 7).
- Marquier, R. (2010). Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008. *DREES : Etudes et résultats*, N° 728.
- Marquier, R. (2013). Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001-2010). *Dossier Solidarité et Santé*, 39, 26.
- Martin, O. (2010). Induction-déduction. In P. Serge (Ed.), *Les 100 mots de la sociologie*. Paris: Presses universitaires de France.
- Mattsson, J. (1992). A Service Quality Model Based on an Ideal Value Standard. *International Journal of Service Industry Management*, 3(3), 18-33. doi:10.1108/09564239210015148
- McClarey, M. (2009). Quality measures in health care: Have they always been with us? *Journal of Research in Nursing*, 14(4), 291-293. doi:10.1177/1744987109106154
- McGlynn, E. A. (1997). Six challenges in measuring the quality of health care. *Health Aff (Millwood)*, 16(3), 7-21.
- McLaughlin, C. P., McLaughlin, C., & Kaluzny, A. D. (2004). *Continuous quality improvement in health care: theory, implementation, and applications*: Jones & Bartlett Learning.
- Mechanic, D., & Schlesinger, M. (1996). The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA*, 275(21), 1693-1697.
- Meire, P., & Neiryck, I. (1997). *Le paradoxe de la vieillesse: l'autonomie dans la dépendance*: De Boeck Supérieur.
- Membrado, M. (2005, 2 et 3 mars). [L'aide : déconstruction d'une catégorie, « L'accompagnement de la vulnérabilité au grand âge. Politiques publiques, configurations d'aide et dynamiques d'échanges »].
- Membrado, M., Vézina, J., Andrieu, S., & Goulet, V. (2005). Définitions de l'aide : des Experts aux « Profanes ». In ERES (Ed.), *Prendre soin d'un proche âgé*, (pp. 85 à 136).
- Ménard, J. (2008). *Plan "Alzheimer et maladies apparentées" 2008-2012*. Paris
- Meslé, F. (2006). Progrès récents de l'espérance de vie en France. *Population*, 61, 437-462.
- Meyor, C. (2005). La phénoménologie dans la méthode scientifique et le problème de la subjectivité. *Recherches Qualitatives*, 25(1), 25-42.
- Michelik, F. (2008). La relation attitude-comportement: un état des lieux. *Éthique et économique/Ethics and Economics*, 6(1).
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives*: De Boeck Supérieur.
- Ministère de l'emploi et de la cohésion sociale. (2005). *Plan de développement des services à la personne : pour la constitution d'un pôle d'excellence nationale dans le secteur des services à la personne*. France: Ministère de l'emploi, du travail et de la cohésion sociale.
- Décret n o. 2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des SSIAD, des SAAD et des SPASAD, (2004).
- Ministère délégué aux Personnes âgées. (2006). *Plan solidarité – Grand âge* Paris
- LOI n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement NOR: AFSX1404296L C.F.R. (2015).
- Ministère du travail des relations sociales et de la solidarité. (2016). *Décret n°2007-1574 du 6 novembre 2007 modifiant l'annexe 2-4 du code de l'action sociale et des familles*.

- Décret n° 2007-975 du 16 Mai, (2007).
- Minvielle, E., Grenier-Senneleir, C., Corriol, C., Michel, P., & Daucourt, V. (2003). *Rapport d'étape, projet COMPAQH*: Inserm.
- Mor, V., Berg, K., Angelelli, J., Gifford, D., Morris, J., & Moore, T. (2003). The quality of quality measurement in U.S. nursing homes. *Gerontologist, 43 Spec No 2*, 37-46.
- Moreau, S. (2003). Du CAFAD au diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale. *Gérontologie et société, 104*, 149-160.
- Morris, J. N., Fries, B. E., Mehr, D. R., Hawes, C., Phillips, C., Mor, V., & Lipsitz, L. A. (1994). MDS Cognitive Performance Scale. *J Gerontol, 49(4)*, M174-182.
- Morris, J. N., Fries, B. E., Steel, K., Ikegami, N., Bernabei, R., Carpenter, G. I., . . . Topinková, E. (1997). Comprehensive clinical assessment in community setting: applicability of the MDS-HC. *Journal of the American Geriatrics Society, 45(8)*, 1017-1024.
- Morris, J. N., Hawes, C., Fries, B. E., Phillips, C. D., Mor, V., Katz, S., . . . Friedlob, A. S. (1990). Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *Gerontologist, 30(3)*, 293-307.
- Mossé, P. (1998). La rationalisation des pratiques médicales, entre efficacité et effectivité. *Sciences sociales et santé, 16(4)*, 35-60.
- Moulias, R., Moulias, S., & Busby, F. (2010). La « bienveillance » : qu'est-ce que c'est ? *Gérontologie et société, 133*, 10-21. doi:10.3917/g.s.133.0010.
- Mucchielli, A., & Colin, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris: Brocher.
- Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y. (2006). Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches Qualitatives, 26(1)*, 110-138.
- Mukhtar, H., Saeed, A., & Ata, G. (2013). Measuring service quality in public sector using SERVQUAL: a case of Punjab dental hospital Lahore. *Research on Humanities and Social Sciences, 3(22)*, 65-70.
- Netten, A., Francis, J., Jones, K. C., & Bebbington, A. (2004). *Performance and quality: User experiences of home care services*: Personal Social Services Research Unit.
- Nguyen, N. (1991). Un modèle explicatif de l'évaluation de la qualité d'un service : une étude empirique. *Recherche et Applications en Marketing, 6(2)*, 83-98. doi:10.2307/40588819
- Nicholas, J. A., & Hall, W. J. (2011). Screening and preventive services for older adults. *Mt Sinai J Med, 78(4)*, 498-508. doi:10.1002/msj.20275
- Noro, A., Poss, J. W., Hirdes, J. P., Finne-Soveri, H., Ljunggren, G., Bjornsson, J., . . . Jonsson, P. V. (2011). Method for Assigning Priority Levels in Acute Care (MAPLe-AC) predicts outcomes of acute hospital care of older persons--a cross-national validation. *BMC Med Inform Decis Mak, 11*, 39. doi:10.1186/1472-6947-11-39
- O'Connor, M., & Davitt, J. K. (2012). Joan K. The Outcome and Assessment Information Set (OASIS): A review of validity and reliability. *Home health care services quarterly, 31(4)*, 267-301.
- O'Reilly, L., & Cara, C. (2010). «Être avec» la personne soignée en réadaptation: une rencontre humaine profonde, thérapeutique et transformatrice. *Recherche en soins infirmiers(4)*, 46-66.
- O'Reilly, L. (2007). *La signification de l'expérience d'«être avec» la personne soignée et sa contribution à la réadaptation: la perception d'infirmières*. Université de Montréal.

- Oates, J., Weston, W. W., & Jordan, J. (2000). The impact of patient-centered care on outcomes. *Fam Pract*, 49, 796-804.
- Observatoire national de la fin de vie. (2013). *Vivre la fin de vie chez soi*. Paris
- Oermann, M. H., & Templin, T. (2000). Important Attributes of Quality Health Care: Consumer Perspectives. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(2), 167-172. doi:10.1111/j.1547-5069.2000.00167.x
- Office québécois de la langue française. (2010). Le grand dictionnaire terminologique. Retrieved from http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp
- Oiry, E. (2005). Qualification et compétence: deux sœurs jumelles? *Revue française de gestion*(5), 13-34.
- Or, Z., & Comme-Ruelle, L. (2008). La qualité de soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ? *Journal d'économie médicale*, 26, 6-7, 371-385.
- Organisation de coopération et de développement économiques. (2003). *Panorama de la santé. Les indicateurs de l'OCDE 2003*. Paris, France: OCDE.
- Organisation de coopération et de développement économiques. (2005). *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*: OCDE. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/les-soins-de-longue-duree-pour-les-personnes-agees_9789264015876-fr
- Organisation de coopération et de développement économiques. (2013). *Panorama de la santé 2013 : Les indicateurs de l'OCDE*: OCDE.
- Ovretveit, J., & Gustafson, D. (2002). Evaluation of quality improvement programmes. *Qual Saf Health Care*, 11(3), 270-275.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2010). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (2ème ed.). Paris: Armand Colin.
- Papp, R., Borbas, I., Dobos, E., Bredehorst, M., Jaruseviciene, L., Vehko, T., & Balogh, S. (2014). Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC Family Practice*, 15(1), 128. doi:10.1186/1471-2296-15-128
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *The Journal of Marketing*, 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Park, H. L., O'Connell, J. E., & Thomson, R. G. (2003). A systematic review of cognitive decline in the general elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry*, 18(12), 1121-1134. doi:10.1002/gps.1023
- Patistea, E. (1999). Nurses' perceptions of caring as documented in theory and research. *J Clin Nurs*, 8(5), 487-495.
- Patton, M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. *Health Serv Res*, 34(5 Pt 2), 1189-1208.
- Peprah, A. A., & Atarah, B. A. (2014). Assessing Patient's Satisfaction using SERVQUAL Model: A Case of Sunyani Regional Hospital, Ghana. *International Journal of Business and Social Research*, 4(2), 133-143.
- Petrella, F., & Richez-Battesti, N. (2010). Régulation de la qualité dans les services à la personne en France : l'économie sociale et solidaire entre innovation et isomorphisme ? *Management & Avenir*, 35, 273 à 292.

- Petrella, F. d. (2012). *Aide à domicile et services à la personne : les associations dans la tourmente*. Rennes: Presses universitaires de Rennes.
- Petzold, T., Deckert, S., Williamson, P. R., & Schmitt, J. (2018). Quality Measurement Recommendations Relevant to Clinical Guidelines in Germany and the United Kingdom: (What) Can We Learn From Each Other? *Inquiry*, 55, 46958018761495. doi:10.1177/0046958018761495
- Phaneuf, M. (2016). *La relation soignant-soigné: rencontre et accompagnement: vers l'utilisation thérapeutique de soi* (2ème ed.): Chenelière éducation.
- Pinard, R., Potvin, P., & Rousseau, R. (2004). Le choix d'une approche méthodologique mixte de recherche en éducation. *Recherche qualitative*, 29, 58-82.
- Pineault, R. (1995). *La planification de la santé: Concepts, méthodes, stratégies*: Editions nouvelles.
- Pires, A. (1997). Echantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. In *Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrrière, Mayer, Pires. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Montréal: Gaëtan Morin.
- Pla, A., & Beaumel, C. (2011, Janvier). Bilan démographique 2010. *Insee Première*, 1332, 4.
- Plante, J., & Bouchard, C. (1998). La qualité. Sa définition et sa mesure. *Service social*, 47(1-2), 27-61.
- Poletti, B. (2012). *Mission relative aux difficultés financières de l'aide à domicile et aux modalités de tarification et d'allocation de ressources des services d'aide a domicile pour publics fragiles*. Paris: Assemblée Nationale.
- Polit, D. F., & Beckn, C. T. (2011). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9ème ed.).
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., Dumez, V., Lebel, P., Vanier, M.-C., . . . Jouet, E. (2015). Le «Montreal model»: enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé publique*, 1(HS), 41-50.
- Pomey, M.-P., Poliquin, S., & Beaulieu, M.-D. (2013). *Méthodologie de sélection des indicateurs et relevé d'initiatives d'utilisation d'indicateurs au Canada et au Québec*: INESSS.
- Puissant, E. (2010). *La relation associative d'aide à domicile: Spécificités, remises en cause, résistances*. Université de Grenoble.
- Punnakitikashem, P., buavaraporn, N., Maluesri, P., & Kanokporn, L. (2012, April 20 to April 23,). [Healthcare Service Quality: Case Example of a Hospital with Lean Implementation].
- Raguénès, R. (2008). *Réussir son intervention à domicile. Le(s) soutien(s) aux personnes dépendantes*. Reuil Malmaison: Wolters-Kluwer.
- Ramaswamy, R., Reed, J., Livesley, N., Boguslavsky, V., Ellorio, E. G., Sax, S., . . . Parry, G. (2018). Unpacking the black box of improvement. *Int J Qual Health Care*, 30, 15-19. doi:10.1093/intqhc/mzy009
- Ramez, W. S. (2012). Patients' Perception of Health Care Quality, Satisfaction and Behavioral Intention: An Empirical Study in Bahrain. *International Journal of Business and Social Science*, 3(18), 131-141.
- Rantz, M. J., Mehr, D. R., Popejoy, L., Zwygart-Stauffacher, M., Hicks, L. L., Grando, V., . . . Maas, M. (1998). Nursing home care quality: a multidimensional theoretical model. *J Nurs Care Qual*, 12(3), 30-46; quiz 69-70.

- Rantz, M. J., Zwygart-Stauffacher, M., Popejoy, L., Grando, V. T., Mehr, D. R., Hicks, L. L., . . . Scott, J. (1999). Nursing home care quality: a multidimensional theoretical model integrating the views of consumers and providers. *J Nurs Care Qual*, 14(1), 16-37; quiz 85-17.
- Ravon, B., & Laval, C. (2005). Relation d'aide ou aide à la relation? *Le travail social en débat (s)*, 235-250.
- Raymond, M., Roussille, B., & Strohl, H. (2009). *Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées* Paris: Inspection Générale des Affaires sociales. (I.G.A.S).
- Reeves, C. A., & Bednar, A. D. (1994). Defining quality: Alternatives and implications. *Academy of Management Review*, 19, 419-445.
- Réjean, H. (2003). Les défis du vieillissement au Canada. *Gérontologie et société*, 107, 79-86.
- Remy, J., & Ruquoy, D. (1990). *Méthode d'Analyse de Contenu et Sociologie*. Bruxelles: Facultés universitaires Saint-Louis.
- Renard, D. (1987). Assistance publique et bienfaisance privée, 1885-1914. *Politiques et management public*, 107-128.
- Reynaud, J.-D. (2001). Le management par les compétences: un essai d'analyse. *Sociologie du Travail*, 43(1), 7-31.
- Riadh, L. (2005). La satisfaction du consommateur, ses déterminants et ses conséquences. *Revue de l'Université de Moncton*, 36(2), 171-201.
- Roach, M. S. (2002). *Caring, the Human Mode of Being: A Blueprint for the health professions*: Ottawa: The Canadian Hospital Association Press.
- Robelet, M. (2003). *Les figures de la qualité des soins: Rationalisations et normalisation dans une économie de la qualité*. (Docorat de sociologie), Université Aix-Marseille II - Université Lyon III.
- Roberge, D., Loiselle, J., Lebel, P., Ducharme, F., & Pineault, R. (1998). Qualité des soins dispensés en unités de courte durée gériatriques: la perspective des patients. *Canadian Journal on Aging/La Revue Canadienne du Vieillessement*, 17(02), 123-142. doi:10.1017/S0714980800009223
- Robine, J.-M., & Mormiche, P. (1993). L'espérance de vie sans incapacité augmente. *Insee*, 4.
- Roche, J. (1999). La dialectique qualification-compétence: état de la question. *Éducation permanente*(141), 39-53.
- Roemer, M. I., & Montoya-Aguilar, C. (1988). Quality assessment and assurance in primary health care. *WHO Offset Publ*(105), 1-78.
- Roemer, M. I., & Montoya-Aguilar, C. (1989). L'évaluation et l'assurance de la qualité des soins de santé primaires.
- Rolf, J. (2003). *Case Study Methodology*. Paper presented at the Methodologies in Housing Research, Stockholm.
- Rosati, R. J. (2009). The history of quality measurement in home health care. *Clin Geriatr Med*, 25(1), 121-134, vii-viii. doi:S0749-0690(08)00067-0 [pii] 10.1016/j.cger.2008.11.001 [doi]
- Rotermann, M. (2005). *Utilisation des services de santé par les personnes âgées*: Statistique Canada.
- Roussille, B., Strohl, H., & Raymond, M. (2009). *Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées* Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

- Roy, J. (1994). L'histoire du maintien à domicile ou les nouveaux apôtres de l'État. *Service social, 43*, 7-32.
- Roy, N., & Garon, R. (2013). Étude comparative des logiciels d'aide à l'analyse de données qualitatives: de l'approche automatique à l'approche manuelle. *Recherches Qualitatives, 32*(1), 154-183.
- Rubin, H. R. (1990). Can patients evaluate the quality of hospital care? *Med Care Rev, 47*(3), 267-326.
- Sabadie, W. (2003). Conceptualisation et mesure de la qualité perçue d'un service public. *Recherche et applications en marketing, 18*(1), 1-24.
- Sakurai, T., Iimuro, S., Sakamaki, K., Umegaki, H., Araki, A., Ohashi, Y., & Ito, H. (2012). Risk factors for a 6-year decline in physical disability and functional limitations among elderly people with type 2 diabetes in the Japanese Elderly Diabetes Intervention Trial. *Geriatr Gerontol Int, 12 Suppl 1*, 117-126. doi:10.1111/j.1447-0594.2011.00819.x
- Saliba, D., & Schnelle, J. F. (2002). Indicators of the quality of nursing home residential care. *J Am Geriatr Soc, 50*(8), 1421-1430.
- Sarry, S. (1995). La qualité de l'aide à domicile : un nouveau défi social. *CLEIRPPA, 231*, 1-5.
- Sasser, W. E., Olsen, R. P., & Wyckoff, D. D. (1978). *Management of service operations: Text, cases, and readings*: Allyn & Bacon.
- Savoie-Zajc, L. (2000). La recherche qualitative/interprétative en éducation. In T. Karsenti & L. Savoie-Zajc (Eds.), *Introduction à la recherche en éducation*. (Éditions du CRP ed.). Sherbrooke, Québec.
- Savoie-Zajc, L. (2007). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherche qualitative, Hors Série – numéro 5* 99-111.
- Schalock, B., Lee, T., Verdugo, M., & Van Loon, J. (2014a). Continuous quality improvement as an internal, collaborative, and transformative process *OEES Manual* (Vol. Manual Supplement pp. 30).
- Schalock, B., Lee, T., Verdugo, M., & Van Loon, J. (2014b). *Continuous quality improvement as an internal, collaborative, and transformative process*. Retrieved from http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26899/suplemento1_oess.pdf
- Schoen, C., Osborn, R., Squires, D., Doty, M., Pierson, R., & Applebaum, S. (2011). New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Aff (Millwood), 30*(12), 2437-2448. doi:10.1377/hlthaff.2011.0923
- Seale, C. (1999). *The quality of qualitative research. Chap. 4: Guiding ideals (p.32-50)*. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Setbon, M. (2000). La qualité des soins, nouveau paradigme de l'action collective ? *Sociologie du Travail, 42*(1), 51-68. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0038-0296\(00\)00107-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0038-0296(00)00107-2)
- Seth, N., Deshmukh, S. G., & Vrat, P. (2005). Service quality models: a review. *International Journal of Quality & Reliability Management, 22*(9), 913-949. doi:doi:10.1108/02656710510625211
- Sgadari, A., Morris, J. N., Fries, B. E., Ljunggren, G., Jonsson, P. V., DuPaquier, J. N., & Schroll, M. (1997). Efforts to establish the reliability of the Resident Assessment Instrument. *Age Ageing, 26 Suppl 2*, 27-30.
- Shekelle, P. G., MacLean, C. H., Morton, S. C., & Wenger, N. S. (2001). Assessing care of vulnerable elders: methods for developing quality indicators. *Ann Intern Med, 135*(8 Pt 2), 647-652.

- Sieurin, A., Cambois, E., & Robine, J. M. (2011). *Les espérances de vie sans incapacité en France. Une tendance récente moins favorable que dans le passé*. Paris: Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.). .
- Siriwardena, A. N., & Gillam, S. (2014). Patient perspectives on quality. *Qual Prim Care*, 22(1), 11-15.
- Sitzia, J., & Wood, N. (1997). Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*, 45(12), 1829-1843.
- Sixma, H. J., Kerssens, J. J., Campen, C. V., & Peters, L. (1998). Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expect*, 1(2), 82-95.
- Sixma, H. J., Van Campen, C., Kerssens, J. J., & Peters, L. (2000). Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-elderly instrument. *Age and Ageing*, 29(2), 173-178.
- Sofaer, S., & Firminger, K. (2005). Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health*, 26, 513-559. doi:10.1146/annurev.publhealth.25.050503.153958
- Soukup, C. (2013). The Postmodern Ethnographic Flaneur and the Study of Hyper-Mediated Everyday Life. *Journal of Contemporary Ethnography*, 42, 226-254. doi:10.1177/0891241612461278
- Soullier, N. (2011). L'implication de l'entourage et des professionnels auprès des personnes âgées à domicile. *Etudes et résultats*, 771, 8.
- Spreng, R. A., & Mackoy, R. D. (1996). An empirical examination of a model of perceived service quality and satisfaction. *Journal of Retailing*, 72(2), 201-214. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4359\(96\)90014-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-4359(96)90014-7)
- ST-Germain, D., Blais, R., & Cara, C. (2009). Patient safety: the contribution of "rehabilitation caring" to its definition. *International Journal for Human Caring*, 13(1), 60-65.
- St-Germain, D., Boivin, B., & Fougeyrollas, P. (2008). Allier le soin infirmier et la réadaptation: Un modèle de pratique caring-processus de production du handicap peut-il faire la différence? *Recherche en soins infirmiers*(4), 70-78.
- Steel, N., Melzer, D., Shekelle, P. G., Wenger, N. S., Forsyth, D., & McWilliams, B. C. (2004). Developing quality indicators for older adults: transfer from the USA to the UK is feasible. *Qual Saf Health Care*, 13(4), 260-264. doi:10.1136/qhc.13.4.260 [doi] 13/4/260 [pii]
- Stern, A. L., MacRae, S., Harrison, T., Fowler, E., Gerteis, M., Walker, J., . . . Ruga, W. (2003). Understanding the consumer perspective to improve design quality. *Journal of Architectural and Planning Research*, 20(1), 16-28.
- Stolt, R., Blomqvist, P., & Winblad, U. (2011). Privatization of social services: quality differences in Swedish elderly care. *Social Science & Medicine*, 72(1873-5347), 560-567.
- Svandra, P. (2008). Un regard sur le soin. *Recherche en soins infirmiers*(4), 6-13.
- Svandra, P. (2010). Le soin est-il soluble dans la bienveillance ? *Gérontologie et société*, 133.
- Tardif, J. (2006). *L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement*. Montréal, Québec: Chenelière Éducation.
- Tas, U., Verhagen, A. P., Bierma-Zeinstra, S. M., Hofman, A., Odding, E., Pols, H. A., & Koes, B. W. (2007). Incidence and risk factors of disability in the elderly: the Rotterdam Study. *Prev Med*, 44(3), 272-278. doi:10.1016/j.yjpm.2006.11.007

- Thévenon, O., & Gauthier, A. H. (2010). Variations de la fécondité dans les pays développés : disparités et influences des politiques d'aide aux familles. *Politiques sociales et familiales*, 16.
- Thomas, G. (2011). A Typology for the Case Study in Social Science Following a Review of Definition, Discourse, and Structure. *Qualitative Inquiry*, 17(6), 511-521. doi:10.1177/1077800411409884
- Thurmond, V. A. (2001). The point of triangulation. *J Nurs Scholarsh*, 33(3), 253-258.
- Tobin, G. A., & Begley, C. M. (2004). Methodological rigour within a qualitative framework. *Journal of Advanced Nursing*, 48(4), 388-396. doi:10.1111/j.1365-2648.2004.03207.x
- Touati, N., Denis, J.-L., Contandriopoulos, A.-P., & Béland, F. (2005). Introduire le changement dans les systèmes de soins au Québec: comment tirer profit de l'expérimentation sociale? *Sciences sociales et santé*, 23(2), 75-102.
- Unsar, S., & Sut, N. (2010). Depression and health status in elderly hospitalized patients with chronic illness. *Arch Gerontol Geriatr*, 50(1), 6-10. doi:10.1016/j.archger.2008.12.011
- Vaidis, D. (2006). Attitude et comportement dans le rapport cause-effet: quand l'attitude détermine l'acte et quand l'acte détermine l'attitude. *Linx. Revue des linguistes de l'université Paris X Nanterre*(54), 103-111.
- Vaidis, D., & Halimi-Falkowicz, S. (2007). La théorie de la dissonance cognitive: une théorie âgée d'un demi-siècle. *Revue électronique de Psychologie sociale*, 1, 9-18.
- Van der Maren, J. M. (2004). *Méthodes de recherche pour l'éducation* (2ème ed.). Bruxelles: De Boeck Université
- Van der Ploeg, E., Depla, M. F., Shekelle, P., Rigter, H., & Mackenbach, J. P. (2008). Developing quality indicators for general practice care for vulnerable elders; transfer from US to The Netherlands. *Qual Saf Health Care*, 17(4), 291-295.
- van Iwaarden, J., van der Wiele, T., Ball, L., & Millen, R. (2003). Applying SERVQUAL to web sites: An exploratory study. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 20(8), 919-935.
- Vanlerenberghe, J.-M., & Watrin, D. (2014). *L'aide à domicile auprès des publics fragiles : un système à bout de souffle à réformer d'urgence* (575 (2013-2014)): Sénat.
- Vanlerenberghe, J., & Watrin, D. (2014). *L'aide à domicile auprès des publics fragiles: un système à bout de souffle à réformer d'urgence. Rapport d'information du Sénat*(575).
- Vasselle, A. (2008). *Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création d'un cinquième risque* (447 (2007-2008)): Sénat.
- Vézina, A., & Membrado, M. (2005). La demande d'aide et de soins à l'extérieur des membres de la famille *Prendre soin d'un proche âgé* (ERES ed., pp. 187-243).
- Vuori, H. (1984). *L'assurance de la qualité des prestations de santé*: Organisation Mondiale de la Santé.
- Watson, J. (2006a). Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices. *Nurs Adm Q*, 30(1), 48-55.
- Watson, J. (2006b). Jean watson's Theory of Human Caring. In M. E. Parker (Ed.), *Nursing Theories and nursing practice* (second ed., pp. 295-307). FA Davis Company, Philadelphia: FA Davis Company.
- Watson, J. (2007). Watson s theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 16(1), 129-135.

- Watson, J. (2011). *Human caring science. A theory of Nursing*: Jones & Bartlett Publishers.
- Weber, A. (2006a). Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005. *Etudes et résultats*(491), 1-8.
- Weber, A. (2006b). Regards sur l'APA trois ans après sa création. *Données sociales - la société française*, 603-611.
- Wenger, N., & Shekelle, P. (2001). Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview. *Ann Intern Med*, 135(8 Pt 2), 642 - 646.
- Wenger, N. S., Roth, C. P., & Shekelle, P. (2007). Introduction to the Assessing Care of Vulnerable Elders-3 Quality Indicator Measurement Set. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(s2), S247-S252. doi:10.1111/j.1532-5415.2007.01328.x
- Whittemore, R., Chase, S. K., & Mandle, C. L. (2001). Validity in qualitative research. *Qual Health Res*, 11(4), 522-537.
- Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*, 38(4), 509-516.
- Williams, B., Coyle, J., & Healy, D. (1998). The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine*, 47(9), 1351-1359. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(98\)00213-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(98)00213-5)
- Wolmark, Y. (2001). Evaluer la qualité. *Gérontologie et société*(99), 131-146.
- Yin, R. K. (1989). *Case study research : design and methods* (Rev. ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Yin, R. K. (2009). *Case Study Research: Design and Methods (Applied Social Research Methods)* (4th ed.): Sage Publications.
- Young, J. (1997). Review : Maintaining and measuring quality care: a discussion of the Maxwell Approach. *Journal of Child Health Care*, 1(3), 133-137. doi:10.1177/136749359700100307
- Zeynep, O., & Com-Ruelle, L. (2008). La qualité de soins en France: comment la mesurer pour l'améliorer? *ESKA*, 26(6).

Annexes

Annexe 1 : Documents relatifs aux exigences éthiques et légales

- Annexe 1.1 : Certificat d'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal
- Annexe 1.2 : Autorisation du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS)
- Annexe 1.3 : Autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL)
- Annexe 1.4 : Lettre d'information et formulaire de consentement

Annexe 1.1 : Certificat d'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'Université de Montréal

 <p>Université de Montréal</p> <p>Comité d'éthique de la recherche en santé</p>	<p>N° de certificat 11T-005-CERES-D(4).</p>								
<p>CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE - 4ième renouvellement -</p>									
<p><i>Le Comité d'éthique de la recherche en santé (CERES), selon les procédures en vigueur et en vertu des documents relatifs au suivi qui lui a été fournis conclut qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la Politique sur la recherche avec des êtres humains de l'Université de Montréal</i></p>									
Projet									
Titre du projet	La perception de la qualité du service rendu aux personnes âgées par un service polyvalent d'aide et de soins à domicile selon les différents acteurs								
Étudiant requérant	Emmanuel Bagaragaza (BAGE02127202), Candidat au Ph.D. en santé publique, École de santé publique - Département d'administration de la santé								
Sous la direction de	Marie-Pascale Pomey, professeure agrégée, École de santé publique - Département d'administration de la santé, Université de Montréal & François Béland, professeur titulaire, École de santé publique - Département d'administration de la santé, Université de Montréal.								
Autres membres de l'équipe:	Codirecteur: Joël Ankri (Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines)								
Financement									
Organisme	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), Mission Recherche (MiRe) de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES); Bourse de fin de doctorat de la FESP								
Programme	Mesure de la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles et de leur satisfaction, « Prise de parole » des usagers								
Titre de l'octroi si différent									
Numéro d'octroi									
Chercheur principal									
No de compte									
MODALITÉS D'APPLICATION									
<p>Tout changement anticipé au protocole de recherche doit être communiqué au CERES qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique. Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave doit être immédiatement signalé au CERES.</p>									
<p>Selon les règles universitaires en vigueur, un suivi annuel est minimalement exigé pour maintenir la validité de la présente approbation éthique, et ce, jusqu'à la fin du projet. Le questionnaire de suivi est disponible sur la page web du CERES.</p>									
 Guillaume Paré Conseiller en éthique de la recherche, Comité d'éthique de la recherche en santé Université de Montréal	<table border="0"> <tr> <td>26 avril 2016</td> <td>1er mai 2017</td> </tr> <tr> <td>Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*</td> <td>Date du prochain suivi</td> </tr> <tr> <td>24 novembre 2011</td> <td>1er mai 2017</td> </tr> <tr> <td>Date du certificat initial</td> <td>Date de fin de validité</td> </tr> </table> <p>*Le présent renouvellement est en continuité avec le précédent certificat</p>	26 avril 2016	1er mai 2017	Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*	Date du prochain suivi	24 novembre 2011	1er mai 2017	Date du certificat initial	Date de fin de validité
26 avril 2016	1er mai 2017								
Date de délivrance du renouvellement ou de la réémission*	Date du prochain suivi								
24 novembre 2011	1er mai 2017								
Date du certificat initial	Date de fin de validité								
<p>adresse postale C.P. 6128, succ. Centre-ville Montréal QC H3C 3J7</p>	<p>3744 Jean-Brillant 4e étage, bur. 430-11 Montréal QC H3T 1P1</p>	<p>Téléphone : 514-343-6111 poste 2604 ceres@umontreal.ca www.ceres.umontreal.ca</p>							

Annexe 1.2 : Autorisation du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS)



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

Direction générale
pour la recherche et l'innovation

Paris, le 16 juin 2011

Comité consultatif sur le traitement de
l'information en matière de recherche
dans le domaine de la santé (CCTIRS)

Référence chron: DGRI CCTIRS MGICP*2011.530

Recommandé avec AR

Numéro de dossier à rappeler dans toute
correspondance : 11.379

Téléphone : 01 55 55 87 82
Fax : 01 55 55 88 50

Monsieur,

Conformément aux dispositions de la loi n° 94-548 du 1er juillet 1994, vous avez adressé au Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé, un projet de traitement automatisé de données nominatives relatif à une étude intitulée : «La perception de la qualité du service rendu aux personnes âgées par un service polyvalent d'aide et de soins à domicile selon les différents acteurs».

Après examen de votre dossier, le Comité consultatif a émis l'avis ci-joint.

Le Comité appelle par ailleurs votre attention sur le fait que toute modification ultérieure du projet que vous lui avez soumis doit être portée à sa connaissance.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations les meilleures.

*Amities
MZ*

Michèle GUILLEMOT
Secrétaire générale du Comité

Monsieur Joël ANKRI
"Santé-Environnement-Vieillessement" EA 2506
UFR Paris-Ile de France - Ouest
Centre de gérontologie
49, rue Mirabeau
75018 PARIS

**Annexe 1.3 : Autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
(CNIL)**



MINISTÈRE
DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR
ET DE LA RECHERCHE

DIRECTION GÉNÉRALE POUR LA RECHERCHE
ET L'INNOVATION

Comité consultatif sur le traitement de l'information
en matière de recherche dans le domaine de la santé

Dossier n° 11.379

Intitulé de la demande : La perception de la qualité du service rendu aux personnes âgées
par un service polyvalent d'aide et de soins à domicile selon les différents acteurs.

Responsable scientifique : Joël ANKRI
"Santé-Environnement-Vieillesse" EA 2506
UFR Paris-Ile de France - Ouest
Centre de gérontologie
49, rue Mirabeau
75016 PARIS

Demandeur : Joël ANKRI
Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines

Dossier reçu le : 25.05.11

Dossier examiné le : 9 juin 2011

Avis du Comité consultatif :

Avis favorable

Toutefois, l'âge pourrait remplacer la date de naissance.

Fait à Paris, le 16 juin 2011

Le Président du Comité consultatif
Docteur Mahmoud ZUREIK

Annexe 1.4 : Lettre d'information et formulaire de consentement



Lettre d'information et formulaire de consentement

Lettre d'information et formulaire de consentement pour les personnes âgées

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à notre étude qui s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche doctoral. Ce projet est réalisé en collaboration avec le programme de doctorat en santé publique de l'université de Montréal et l'Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines (UVSQ). Le service polyvalent d'aide et de soins à domicile auquel vous avez fait recours y participent.

L'objectif de notre recherche est de mieux comprendre les différentes « perceptions » des différents acteurs (personnes âgées, soignants, et gestionnaires) sur la qualité de l'aide au domicile, afin d'identifier les normes et les critères permettant son appréciation. Nous sollicitons ainsi votre participation.

Votre coopération est précieuse pour la réussite de notre recherche qui permettra de comprendre ce que doit être une prestation d'aide appropriée et de qualité afin de promouvoir la santé et le bien-être des personnes soignées, de mieux organiser l'offre des services d'aide de qualité et lutter contre les inégalités sociales, conséquence du mode d'organisation et de financement des dispositifs d'aide à domicile.

Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Si vous acceptez de participer à cette recherche, nous vous inviterons à prendre part à un entretien individuel qui durera une heure et qui se déroulera à un moment qui vous conviendra. Cet entretien vise à recueillir votre perception de la qualité de l'aide à domicile. C'est le candidat au doctorat lui-même qui réalisera ces entretiens. Il est tenu au secret professionnel.

Désagréments

L'inconvénient lié à cette recherche est le temps qui vous est demandé pour participer à l'entretien. Cet inconvénient est modéré par le fait que les horaires d'entretiens seront fixés à votre convenance.

Bénéfices et avantages

Vous ne retirerez évidemment pas d'avantages directs en participant à cette recherche. Toutefois, cette recherche permettra dans l'avenir de tenir compte des attentes de chaque acteur pour établir des indicateurs de la qualité des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ainsi, une appréciation juste, valide et acceptable sera possible pour améliorer la qualité des soins à domicile et le bien-être des personnes soignées et des soignants.

Confidentialité

L'information recueillie auprès de vous restera confidentielle. L'entretien sera enregistré sur une cassette audio anonymisée (ou enregistrement audionumérique). La cassette (ou l'enregistrement audionumérique) sera conservée sous clé dans le bureau de recherche et elle sera détruite lorsque la recherche sera terminée. La transcription de l'entretien sera anonyme, l'anonymat demeurera assuré par l'utilisation d'un numéro d'ordre. Aucun nom ou informations personnelles permettant d'identifier la personne n'apparaîtront sur aucun document informatisé, et ce, tout au long du processus de la présente recherche. **En aucun cas les informations recueillies ne pourront être communiquées aux services qui collaborent à cette étude.**

Participation volontaire et retrait de l'étude

Vous êtes tout à fait libre de participer ou non à cette recherche. De plus, vous pourrez refuser de répondre à certaines questions, et vous pourrez aussi mettre fin à ces activités de collecte d'information à n'importe quel moment et ce, sans aucun préjudice ni explication de votre part.

Personne à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter à n'importe quel moment Emmanuel Bagaragaza au 0144963722.

Nous vous remercions pour toute l'attention portée à toutes ces informations !

CONSENTEMENT

Je déclare avoir eu des explications et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes. Ma participation consiste à un entretien d'une durée d'une heure et répondre aux questions sur ma dépendance et mon état de santé. Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Nom du (de la) participant(e) _____

Signature du (de la) participant(e) _____

Fait à _____, le _____, 20__.

ENGAGEMENT DE L'ÉTUDIANT-CHERCHEUR

Je, soussigné, _____, certifie

- (a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;
- (b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- (c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;
- (d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Fait à _____, le _____, 20__.

Lettre d'Information et Formulaire de consentement pour les professionnels et les gestionnaires.

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à notre étude qui s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche doctoral. Ce projet est réalisé en collaboration avec le programme de doctorat en santé publique de l'université de Montréal et l'Université Versailles Saint-Quentin en Yvelines (UVSQ). Les services polyvalents d'aide et de soins à domicile du 16^{ème} et 17^{ème} arrondissement de Paris.

L'objectif de notre recherche est de mieux comprendre les différentes « perceptions » des différents acteurs (personnes âgées, soignants, et gestionnaires) sur la qualité de l'aide au domicile, afin d'identifier les normes et les critères permettant son appréciation. Nous sollicitons ainsi votre participation.

Votre coopération est précieuse pour la réussite de notre recherche qui permettra de comprendre ce que doit être une prestation d'aide appropriée et de qualité afin de promouvoir la santé et le bien-être des personnes soignées, de mieux organiser l'offre des services d'aide de qualité et lutter contre les inégalités sociales, conséquence du mode d'organisation et de financement des dispositifs d'aide à domicile.

Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Si vous acceptez de participer à cette recherche, nous vous inviterons à prendre part à un entretien individuel qui durera une heure et qui se déroulera à un moment qui vous conviendra. Cet entretien vise à recueillir votre perception de la qualité de l'aide à domicile. C'est le candidat au doctorat lui-même qui réalisera ces entretiens. Il est tenu au secret professionnel.

Désagréments

L'inconvénient lié à cette recherche est le temps qui vous est demandé pour participer à l'entretien. Cet inconvénient est modéré par le fait que les horaires d'entretiens seront fixés à votre convenance et en fonction des modalités du déroulement de l'entretien qui sont convenues avec votre employeur pour ne pas toucher à votre temps de repos.

Bénéfices et avantages

Vous ne retirerez évidemment pas d'avantages directs en participant à cette recherche. Toutefois, cette recherche permettra dans l'avenir de tenir compte des attentes de chaque acteur pour établir des indicateurs de la qualité des services d'aide et d'accompagnement à domicile. Ainsi, une appréciation juste, valide et acceptable sera possible pour améliorer la qualité des soins à domicile et le bien-être des personnes soignées et des soignants.

Confidentialité

L'information recueillie auprès de vous restera confidentielle. L'entretien sera enregistré sur une cassette audio anonymisée (ou enregistrement audionumérique). La cassette (ou l'enregistrement audionumérique) sera conservée sous clé dans le bureau de recherche et elle sera détruite lorsque la recherche sera terminée. La transcription de l'entretien sera anonyme, l'anonymat demeurera assuré par l'utilisation d'un numéro d'ordre. Aucun nom ou informations personnelles permettant d'identifier la personne n'apparaîtront sur aucun document informatisé, et ce, tout au long du processus de la présente recherche. **En aucun cas les informations recueillies ne pourront être communiquées aux services qui collaborent à cette étude.**

Participation volontaire et retrait de l'étude

Vous êtes tout à fait libre de participer ou non à cette recherche. De plus, vous pourrez refuser de répondre à certaines questions, et vous pourrez aussi mettre fin à ces activités de collecte

d'information à n'importe quel moment et ce, sans aucun préjudice ni explication de votre part.

Personne à contacter

Si vous avez des questions à poser au sujet de cette étude ou s'il survient un incident quelconque ou si vous désirez vous retirer de l'étude, vous pouvez contacter à n'importe quel moment Emmanuel Bagaragaza au 0144963722.

Nous vous remercions pour toute l'attention portée à toutes ces informations !

CONSENTEMENT

Je déclare avoir eu des explications et compris le présent projet, la nature et l'ampleur de ma participation. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant les différents aspects de l'étude et de recevoir des réponses satisfaisantes. Ma participation consiste à un entretien d'une durée d'une heure.

Je, soussigné(e), accepte volontairement de participer à cette étude. Je peux me retirer en tout temps sans préjudice d'aucune sorte. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre ma décision.

Une copie signée de ce formulaire d'information et de consentement doit m'être remise.

Nom du (de la) participant(e) _____

Signature du (de la) participant(e) _____

Fait à _____, le _____, 20__.

ENGAGEMENT DE L'ÉTUDIANT-CHERCHEUR

Je, soussigné, _____, certifie

(a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire;

(b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;

(c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste, à tout moment, libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus;

(d) que je lui remettrai une copie signée et datée du présent formulaire.

Fait à _____, le _____, 20__.

Annexe 2 : Outils de recueil des données

- Annexe 2.1 : Guide d'entretien pour les personnes âgées
- Annexe 2.2 : Guide d'entretien pour les professionnels
- Annexe 2.3 : Guide d'entretien pour les gestionnaires
- Annexe 2.4 : InterRAI filtrage/orientation

Guides d'entretien semi-directifs

Introduction

Avant de commencer l'entretien, je vais simplement vous rappeler les objectifs de l'étude. Vous pourrez par la suite me poser des questions sur le déroulement de l'entretien ou le projet de recherche comme tel. Cela vous va-t-il ?

Comme vous l'avez lu déjà dans le formulaire d'information, l'objectif de notre recherche est de mieux comprendre les différentes « perceptions » de la qualité de l'aide et d'accompagnement au domicile pour les personnes âgées. Cela nous permettra d'identifier les normes et les critères permettant d'apprécier la qualité de l'aide professionnelle dont bénéficient les personnes âgées vivant à domicile. Quand nous parlons de l'« aide » ou « d'accompagnement », il s'agit de « l'aide » dont vous bénéficiez (pour les personnes âgées) ou dont bénéficient les personnes âgées (entretien des professionnels) pour accomplir les actes de la vie quotidienne (s'habiller, se déplacer, faire sa toilette ...). Dans le cadre de notre entretien, nous aimerions que vous vous limitiez aux activités d'aide apportées par l'auxiliaire de vie, l'aide-soignante ou l'infirmière. Notre entretien ne porte pas sur les soins médicaux.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, nous cherchons simplement à connaître votre opinion sur la qualité d'une intervention d'aide et d'accompagnement en général et sur les services dont vous bénéficiez en particulier.

L'entretien est enregistré pour nous permettre de retenir le plus fidèlement possible l'information que vous allez nous donner et elle durera environ 55 minutes. Vous pouvez à tout moment me demander d'arrêter l'enregistrement si vous préférez que certaines choses ne soient pas enregistrées. De plus, je vous rappelle que vous êtes toujours libres de ne pas répondre à certaines questions et que nous assurerons votre confidentialité en retirant vos informations personnelles de vos réponses. Avez-vous des questions avant que nous débutions l'entretien ? (Si non, débutez l'entretien)

Annexe 2.1 : Grille d'entretien semi-dirigée pour les personnes âgées

(Début de l'enregistrement)

PARTIE I

Note à l'interviewer : L'objectif de cette section est de recueillir des informations sur les caractéristiques des éléments de la structure notamment ce que nous considérons comme des éléments descripteurs des acteurs et leur conception de la qualité de l'aide et de l'accompagnement en fonction de leur expérience ...

1. Parlez-moi de l'organisation de l'aide dont vous bénéficiez actuellement de la part des professionnelles ?
 - a) Qui a fait les démarches pour la demande ? qu'est-ce que vous bénéficiez comme services ?
 - b) Pour quelles raisons avez-vous fait cette demande ?
 - c) Depuis que vous bénéficiez de ces services, comment ça se passe au quotidien ?
 - d) Y-a-il un changement dans votre situation suite à l'intervention des soignants ?
2. Quels sont les éléments importants pour qu'un service d'aide soit de qualité ?
 - a) Pour vous
 - b) Pour les autres personnes âgées
3. Quels sont les éléments qui pour vous peuvent influencer négativement ou positivement la qualité d'un service d'aide ?
 - a) Pour vous
 - b) Pour les autres personnes âgées

4. Comment qualifiez-vous la qualité des services d'aide (et de soins) dont vous bénéficiez ?
Pouvez-vous me donner des exemples des expériences que vous trouvez difficiles/pénibles et d'autres expériences que vous jugez adéquates/positives ?

PARTIE II

Note à l'interviewer : Cette partie vise à recueillir toute information permettant de saisir la perception des acteurs en ce qui concerne la qualité d'un processus d'aide et d'accompagnement. Chaque question devrait permettre de recueillir l'information sur différents éléments clés du processus d'aide. À préciser pour la personne interviewée : « *Nous allons essayer d'aller en détail sur certains points concernant le déroulement de votre aide, certaines choses peuvent vous paraître une répétition, n'hésitez pas à y revenir, ça nous permettra d'avoir plus de précisions !* »

1. Quels sont les éléments auxquels vous faites attention quand un intervenant vient vous aider ?
 - a) Parlez-moi de l'attitude des soignants (*précisez qu'il s'agit de l'Auxiliaire de vie, Aide-soignante ou infirmière qui intervient chez la personne*) à votre égard ?
 - b) Comment aimeriez-vous qu'ils se comportent ?
2. Pensez-vous que l'intervention des soignants a un impact (positif ou négatif) sur votre motivation dans les efforts que vous faites pour améliorer votre état de santé ou dans les activités de la vie quotidienne ? Pouvez-vous m'expliquer comment ?
 - a) Qu'est-ce qui est important pour vous motiver et comment aimeriez-vous que les soignants s'y prennent ?
3. Des solutions trouvées par les soignants sont-elles adéquates pour résoudre les problèmes que vous rencontrez lors de votre prise en charge ?
 - a. Quels sont les problèmes que vous rencontrez ?
 - b. Quelles sont les solutions trouvées par les soignants ? (des exemples)
 - c. Quels sont les problèmes qui ne sont pas résolus ?
4. Avez-vous l'impression qu'on prend suffisamment en compte votre confort physique, mental ou spirituel ?
 - a. Comment ça se passe
 - b. Comment cela pourrait-il se passer mieux ?
5. Avez-vous l'impression qu'on répond à vos besoins principaux en ce moment ?
 - a. Qu'est-ce que vous attendez des soignants pour que vos besoins soient satisfaits ?
6. L'aide que vous recevez a-t-elle un impact sur votre harmonie et votre bien-être ?
 - a. Comment ça se passe ?
 - b. Comment cela pourrait-il se passer mieux ?
7. Parlez-moi de votre relation avec les soignants ?
 - a. Comment cela pourrait-il se passer mieux ?
 - b. Qu'est-ce qui est important pour vous dans une relation entre une personne âgée et un soignant ?
8. Etes-vous satisfait (e) de l'organisation des services qui vous sont offerts ? (*donner des exemples à partir des réponses de la 1^{ère} question*)
 - a) Qu'est-ce que vous souhaiteriez comme organisation pour vous ?
 - b) Comment vous aimerez que les décisions concernant votre prise en charge soient prises ?

PARTIE III

Note à l'interviewer : Les questions sont formulées pour obtenir les informations sur les résultats souhaités (les résultats intermédiaires et les résultats finaux). Étant donné que nous ne mesurons pas la qualité de ce qui est fait, nous nous limitons à ce qui est attendu ou qui devrait être fait.

1. Comment vous vous sentez à la suite d'une prestation d'aide ou au moment même qu'on s'occupe de vous ? (Question relative aux résultats intermédiaires)
 - a) Pourquoi avez-vous cette sensation ?
 - b) Qu'est-ce que vous aimeriez avoir comme sensation au terme d'une prestation ?
2. Au final à quoi vous sert-il un service d'aide ?
 - a) Qu'est-ce que vous attendez en termes de résultats de l'intervention d'aide que vous recevez ? (Question relative aux résultats finaux)
3. *Pour terminer, aujourd'hui vous êtes satisfait(e), plutôt satisfait(e) ou pas du tout satisfait(e) de l'aide que vous recevez.*
 - a. *Et dites-moi pourquoi ? (ou Pourriez-vous m'expliquer le pourquoi de votre jugement ?)*
 - b. *Qu'est-ce qui pourrait être mieux ?*

(Fin de l'enregistrement)

Pour terminer l'entretien

M ou Mme, je vous remercie énormément d'avoir pris le temps de répondre à mes questions. De mon côté, j'ai terminé les sujets que je pensais discuter avec vous aujourd'hui. De votre côté, est-ce qu'il y a des choses dont vous auriez aimé discuter dont nous n'avons pas parlé ensemble ? (Si oui, laissez parler le répondant ; si non, passez au paragraphe suivant)

Je voulais aussi vous dire que vous avez en votre possession mes coordonnées sur le formulaire de consentement et que vous pouvez me contacter si vous aviez d'autres questions ou me dire des choses que vous avez oubliées de me dire aujourd'hui. Sinon je prendrai probablement contact avec vous pour venir vous revoir.

Je vous remercie encore, votre participation nous aidera beaucoup dans nos recherches

Annexe 2.2 Grille d'entrevue semi-dirigée pour les intervenants

(Début de l'enregistrement)

PARTIE I

Note à l'interviewer : L'objectif de cette section est de recueillir des informations sur les caractéristiques des éléments de la structure notamment ce que nous considérons comme des éléments descripteurs des acteurs et leur conception de la qualité de l'aide et de l'accompagnement en fonction de leur expérience...

1. Parlez-moi de vos activités professionnelles concernant l'aide et l'accompagnement auprès des personnes âgées ?
 - a) Quelle est votre formation et depuis quand vous faites ce métier ?
 - b) Pourquoi l'avez-vous choisi ? Est-ce qu'il vous satisfait votre métier ?
 - c) En quoi consiste votre quotidien en termes de travail d'aide et d'accompagnement ? Combien de personnes avez-vous en charge ?
 - d) Est-ce que la réalité des situations rencontrées vous a-t-elle changé ? Si oui en quoi vous a-t-elle changé ?

2. Quels sont les éléments importants pour qu'un service d'aide soit de qualité ?
 - a) Pour vous en tant que professionnel
 - b) Pour les personnes âgées
3. Quels sont les éléments qui diminuent la qualité ?
 - a) Pour vous en tant que professionnel
 - b) Pour les personnes âgées
4. Que pensez-vous de la qualité des services que vous rendez aux personnes âgées de façon générale ? Ça correspond à ce que vous vous attendiez ou que vous aimerez faire ?
 - a) Pouvez-vous me donner des exemples s'il y a des expériences que vous trouvez difficiles/pénibles et d'autres expériences que vous jugez adéquates/positives ?

PARTIE II

Note à l'interviewer : Cette partie vise à recueillir toute information permettant de saisir la perception des acteurs en ce qui concerne la qualité d'un processus d'aide et d'accompagnement. Chaque question devrait permettre de recueillir l'information sur différents éléments clés du processus d'aide. À préciser pour la personne interviewée : « *Nous allons essayer d'aller en détail sur certains points concernant le déroulement de la prise en charge (processus de l'aide), certaines choses peuvent vous paraître une répétition, n'hésitez pas à y revenir, ça nous permet d'avoir des précisions !* »

1. Racontez-moi votre expérience concernant le déroulement de l'aide que vous apportez aux personnes âgées ?
 - a) Quels sont les éléments auxquels vous faites attention lors de votre intervention, quelle est votre attitude à l'égard de ces personnes âgées ?
 - b) Y-a-t-il des valeurs auxquelles vous mettez en avant dans votre relation d'aide avec la personne âgée ?
 - c) Qu'en est-il de votre relation avec la personne âgée en ce moment et qu'est-ce qui est important pour vous dans cette relation ?
2. Pensez-vous que ce que vous faites est assez pour les personnes âgées et pour vous en tant que professionnel ou il y a des choses que vous aimeriez faire davantage ?
3. Comment faites-vous (ou que vous aimeriez faire) pour aider la personne âgée à retrouver la confiance, la soutenir dans sa motivation et dans son effort qu'elle fait pour améliorer son état de santé ou dans ses activités quotidiennes ?
 - a) Comment cela pourrait-il se passer mieux ?
4. Trouvez-vous que c'est important qu'un intervenant soit créatif pour résoudre les problèmes rencontrés dans la prise en charge de la personne accompagnée ?
 - a) Dans quel domaine cela est-il important pour vous ?
 - b) Est-ce que la situation dans laquelle vous exercez votre métier vous permet-elle d'être créatif ? Quels sont les problèmes que vous rencontrez ?
 - c) Comment ça pourrait-il mieux se passer ?
5. Selon vous, comment faut-il faire pour assurer le confort physique, mental et spirituel de la personne aidée et accompagnée ?
 - a. Comment vous vous y prenez lors de votre intervention ?
 - b. Comment cela pourrait-il se passer mieux ?
6. Comment vous faites pour satisfaire les besoins des personnes dont vous vous occupez actuellement ? n'hésitez pas à donner un exemple et à me raconter comment ça se passe ?
 - a. Quels sont les problèmes que vous rencontrez ?
 - b. Quelles sont les solutions que vous arrivez à trouver pour ces problèmes ?
 - c. Quels sont les problèmes qui ne sont pas résolus ?

7. Comment faites-vous pour aider la personne à promouvoir son harmonie et son bien-être ? et qu'est-ce qui est important dans ce domaine-là ?
8. Parlez-moi de votre relation avec les autres soignants ou d'autres professionnels qui interviennent à domicile, trouvez-vous qu'elle vous permet d'assurer votre prise en charge adéquatement ? Comment cela pourrait-il être envisagé pour plus d'efficacité ?
9. **Que pensiez-vous du « droit au choix, droit au risque » des personnes âgées dont vous vous occupez ?**
 - a) À quoi consiste pour vous ce droit au choix, droit au risque ?
 - b) Est-ce que ce droit est-il possible dans les situations que vous rencontrez au domicile ?
 - c) **Quels sont les limites que vous rencontrez dans votre profession pour respecter ce principe par rapport à vos responsabilités ?**
 - d) **Est-il possible de promouvoir (favoriser) ce droit au choix, droit au risque à travers votre travail ? comment vous vous y prenez ?**
 - e) Etes-vous satisfaits(e) de l'organisation des services que vous offrez aux personnes âgées ?
 - a) Qu'est-ce que vous souhaiteriez comme organisation pour vous ?
 - b) Pensez-vous que l'implication de la personne âgée et de sa famille dans vos décisions les concernant est si primordiale, si oui comment vous faites pour y arriver ?
 - c) Qu'est-ce qui est fait au niveau de votre structure dans le cadre de l'amélioration de la qualité de l'aide et de l'accompagnement ? Trouvez-vous que c'est suffisant ?

PARTIE III

Note à l'interviewer : Les questions sont formulées pour obtenir les informations sur les résultats souhaités (les résultats intermédiaires et les résultats finaux). Étant donné que nous ne mesurons pas la qualité de ce qui est fait, nous nous limitons à ce qui est attendu ou qui devrait être fait.

1. Comment vous vous sentez au moment de votre dispensation d'aide auprès de la personne âgée et après votre prestation ?
 - a) Est-ce que ça vous arrive de vous sentir redevable face à la prestation que vous venez de faire ?
2. Quelles sont pour vous les conditions essentielles pour réussir la mise en place d'une prestation d'aide et d'accompagnement de la personne âgée ?
 - a) Pensez-vous que le projet individualisé (plan d'aide) serait-il un outil indispensable dans la prise en charge de la personne âgée ? comment pourrait-il être conçu ? et quelles sont les conditions de sa mise en place ?
3. Au final qu'est-ce que vous attendez en termes de résultats de votre intervention ?
 - a) Par rapport à vous-même,
 - b) Par rapport aux personnes âgées
 - c) Et par rapport à votre service
4. *Pour terminer, aujourd'hui vous êtes satisfait(e), plutôt satisfait(e) ou pas du tout satisfait(e) du service que les personnes âgées reçoivent en terme d'aide et d'accompagnement ? Et dites-moi pourquoi ?*

(Fin de l'enregistrement)

Annexe 2.3 Grille d'entrevue semi-dirigée pour les gestionnaires

Introduction

.....

(Début de l'enregistrement)

PARTIE I

Note à l'interviewer : L'objectif de cette section est de recueillir des informations sur les caractéristiques des éléments de la structure notamment ce que nous considérons comme des éléments descripteurs des acteurs et leur conception de la qualité de l'aide et de l'accompagnement en fonction de leur expérience...

1. Parlez-moi de vos activités en rapport avec votre travail de l'organisation de l'aide et de l'accompagnement des personnes âgées ?
 - a) Quelle est votre formation et depuis quand vous faites ce métier ?
 - b) En quoi consiste votre quotidien professionnel ?
 - c) Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'organisation et comment vous faites pour les surmonter ?
2. Quels sont les éléments importants pour qu'un service d'aide soit de qualité ?
 - a) Pour vous ou votre structure
 - b) Pour les personnes âgées
3. Quels sont les éléments qui diminuent la qualité ?
 - a) Pour vous ou votre structure
 - b) Pour les personnes âgées
4. Que pensiez-vous de la qualité des services dispensés aux personnes âgées en général? Et au sein de votre structure en particulier ? Ça correspond à ce que vous souhaiteriez leur offrir ?

PARTIE II

Note à l'interviewer : Cette partie vise à recueillir toute information permettant de saisir la perception des acteurs en ce qui concerne la qualité d'un processus d'aide et d'accompagnement. Chaque question devrait permettre de recueillir l'information sur différents éléments clés du processus d'aide. À préciser pour la personne interviewée : « *Nous allons essayer d'aller en détail sur certains points concernant le déroulement de votre prise en charge (processus de l'aide), certaines choses peuvent vous paraître une répétition, n'hésitez pas à y revenir, ça nous permet d'avoir des précisions !* »

1. Quels sont les éléments auxquels vous recommandez à votre personnel pour que leurs prestations se déroulent bien auprès des personnes âgées ?
 - a) Quelle est l'attitude aimeriez-vous que vos soignants aient à l'égard des personnes âgées pendant leur intervention ? Pensez-vous qu'ils le font assez ou il y a des choses que vous aimeriez qu'ils fassent davantage ?
2. Comment peut-on aider la personne aidée à retrouver la confiance, la soutenir dans sa motivation et dans son effort lors de ses activités quotidiennes ou pour améliorer son état de santé ? Qu'est-ce qui est important à ce niveau ?
3. Trouvez-vous qu'il est nécessaire qu'un soignant soit créatif pour résoudre les problèmes rencontrés dans la prise en charge de la personne soignée ? Dans quel domaine cela est-il important pour vous ?

- a) Cela est-il possible dans des conditions (organisationnelles) actuelles ?
4. Comment faut-il faire pour assurer le confort physique, mental et spirituel de la personne soignée ?
 5. Quels sont les besoins des personnes âgées qu'il faut absolument satisfaire ? et comment faut-il s'y prendre ? N'hésitez pas à donner un exemple pour expliquer comment vous aimeriez que ça se passe.
 6. Comment faut-il faire pour aider la personne âgée à promouvoir son harmonie et son bien-être ?
 - a) Qu'est-ce qui est fait actuellement au sein de votre service dans ce domaine ?
 - b) Comment cela pourrait-il se passer mieux ?
 7. Qu'attendez-vous de la relation de votre personnel avec les personnes soignées et qu'est-ce qui est important pour vous dans cette relation ? Qu'en est-il pour le moment ?
 8. Trouvez-vous que la relation entre les soignants ou d'autres professionnels (soignants ou non) permet d'assurer une prise en charge adéquate ? Si oui comment ? Sinon comment elle devrait être ?
 9. **Que pensiez-vous du droit au choix, droit au risque des personnes âgées ?**
 - a) À quoi consiste pour vous ce droit au choix, droit au risque ?
 - b) Est-ce que ce droit est-il possible dans les situations que vous rencontrez au domicile ?
 10. **Quelles sont les limites que vous rencontrez dans vos activités pour respecter ce principe par rapport à vos responsabilités ? (les limites contextuelles, réglementaires...)**
 11. **Les services d'aide sont-ils à mesure de promouvoir (favoriser) ce droit au choix, droit au risque à travers leur travail auprès des personnes âgées ? si oui comment vous faites au niveau de votre service ?**
 12. Etes-vous satisfaits (es) de l'organisation des services d'aide et d'accompagnement pour les personnes âgées ?
 - a) Au niveau de votre structure
 - b) Et en général
 - c) Pensez-vous que l'implication de la personne âgée et de sa famille dans vos décisions les concernant est si primordiale, si oui comment vous faites pour y arriver ?
 - d) Qu'est-ce que vous souhaiteriez comme organisation qui favoriserait l'amélioration de la qualité du service rendu aux personnes âgées et qui vous permettrait également d'atteindre les buts de votre structure ?
 - d) Qu'est-ce qui est fait au niveau de votre structure dans le cadre de l'amélioration de la qualité de l'aide et de l'accompagnement ? Trouvez-vous que c'est suffisant, sinon qu'est que vous envisagez d'autres ?

PARTIE III

Note à l'interviewer : Les questions sont formulées pour obtenir les informations sur les résultats souhaités (les résultats intermédiaires et les résultats finaux). Étant donné que nous ne mesurons pas la qualité de ce qui est fait, nous nous limitons à ce qui est attendu ou qui devrait être fait.

1. Quelles sont pour vous les conditions essentielles pour réussir la mise en place d'une prestation d'aide et d'accompagnement de la personne âgée ?

les caractères ordinaires des journaux/vivres
1. Difficulté minimale. (Lil les gros caractères mais non les caractères ordinaires des journaux/vivres)

2. Difficulté moyenne. (Vision limitée, ne lit pas les titres des journaux mais reconnaît les objets)
3. Difficulté sévère. (Identification des objets en question mais semble suivre les objets des yeux, ne voit que les lumières, les couleurs, les formes)
4. Pas de vision

7. ITEMS D'HUMEUR RAPPORTES

SPONTANÉMENT

(Demandez à la personne si elle s'est sentie triste, optimiste ou sans espoir durant les 3 derniers jours)
0. Non 1. Oui
8. La personne ne peut pas (ne veut pas) répondre

8. CAPACITES POUR LES ACTIVITES INSTRUMENTALES DE LA VIE QUOTIDIENNE

(Capacité reposant sur l'aptitude présumée à assurer l'activité de façon aussi indépendante que possible. Celle requiert une certaine « spéculation » de la part de l'évaluateur)

0. Indépendant ou aide à la préparation seulement
1. Supervision ou toute aide pour l'ensemble de l'activité
- a. préparation des repas - Comment les repas sont préparés (par exemple : planifier les repas, cuire, rassembler les ingrédients, faire la cuisine, préparer les plats et les couverts)
b. ménage courant - Comment le ménage courant est fait (par ex. : épousseter, ranger, faire la vaisselle, les lits, la lessive)
c. gestion des médicaments - Comment sont gérés les médicaments (par ex. : se souvenir de les prendre, ouvrir les flacons, prendre le dosage correct, se faire les injections, appliquer des pommades)
d. escaliers - Comment est montée ou descendue une pleine volée de marches, (12 à 14 marches)

9. CHANGEMENT DE S PERFORMANCES DANS LES AVQ PAR RAPPORT A IL Y A 90 JOURS (OU DEPUIS LA DERNIERE EVALUATION SI MOINS DE 90 JOURS)

0. Améliorées 2. Plus déficientes
1. Pas de changement 8. Incertain

Copyright IMA 2006 (F) Adaptation française Jean-Claude Dupuy novembre 2007

10. PERFORMANCE POUR LES AVQ

Prenez en compte tous les épisodes où chaque activité est accomplie durant les 3 DERNIERS JOURS

Si tous les épisodes sont accomplis au même niveau d'aide, codez l'AVQ à ce niveau. S'il y a au moins un épisode de dépendance totale (6) et si les autres épisodes sont à un niveau inférieur, codez 5. Autrement, centrez-vous sur les 3 épisodes de dépendance la plus élevée. (ou sur tous les épisodes, si l'activité est accomplie moins de 3 fois)

Si l'épisode de dépendance la plus élevée est 1, codez l'AVQ « 1 ». Sinon codez l'épisode de moindre dépendance dans l'intervalle 2 à 5

3. Assistance limitée - Aide pour la mobilisation des membres, aide pour manoeuvrer sans force physique
4. Assistance importante - Aide nécessitant de la force (y compris soulever les membres) par un seul aidant alors que la personne accomplit 50 % ou + des tâches
5. Assistance maximale - Aide nécessitant de la force (y compris soulever les membres) par deux personnes ou + OU aide nécessitant de la force physique pour plus de 50 % des tâches

6. Dépendance totale - activité entièrement accomplie par d'autres durant l'ensemble de la période

5. L'activité n'a pas été accomplie durant l'ensemble de la période
a. Bain - Comment la personne prend un bain ou une douche (comprend l'effectue le transfert dans et hors de la baignoire/douche ET comment chaque partie du corps est baignée : bras, jambes, cuisses, poitrine abdominale, région périmale. - EXCLUT LE LAVAGE DU DOS ET DES CHEVEUX)
b. Hygiène personnelle - Comment la personne se lave les dents, se coiffe, se rase, se maquille, se lave et s'essuie le visage, les mains - EXCLUT BAIN ET DOUCHE

c. Habiller la partie supérieure du corps - Comment la personne s'habille et se déshabille (vêtements pour l'extérieur, sous-vêtements), au-dessus de la ceinture, y compris les prothèses,

les attaches, les pull-overs, les appareillages orthopédiques, etc.
d. S'habiller la partie inférieure du corps, (vêtements pour l'extérieur, sous-vêtement), au-dessous de la ceinture, y compris les prothèses, les chaussures, les ceintures, culottes, jupes, chaussures et attaches
f. Locomotion - Comment la personne se déplace (en marchant ou en fauteuil roulant) entre deux points du même étage. Si en fauteuil roulant, indépendance une fois dans le fauteuil
g. Transfert vers et des toilettes - Comment la personne s'assied sur ou se lève du siège des toilettes ou de la chaise perçue
j. Alimentation - Comment la personne mange et boit (indépendamment de son habilité) comprend se nourrir par n'importe quel moyen (par ex nourriture par sonde, par voie parentérale en totalité)

Copyright IMA 2006 (F) Adaptation française Jean-Claude Dupuy novembre 2007

11. CONTINENCE

a. Continence d'urines
0. Continence : contrôle complet. N'UTILISE AUCUN type de sonde ou de moyen pour collecter les urines

1. Contrôle avec sonde (ou stomie) durant les 3 derniers jours
2. Rarement incontinence - pas incontinence durant les 3 jours mais a des épisodes d'incontinence
3. Occasionnellement incontinence - moins que quotidiennement au cours des 3 derniers jours
4. Fréquemment incontinence - quotidiennement incontinence avec cependant persistance d'un contrôle

5. Incontinence - pas de contrôle
6. Aucune émission d'urine provenant de la vessie durant les 3 derniers jours

b. Continence fécale
0. Continence - contrôle complet
1. Contrôle avec une stomie durant les 3 derniers jours
2. Rarement incontinence - pas incontinence durant les 3 derniers jours mais a des épisodes d'incontinence
3. Incontinence occasionnelle - moins que quotidiennement
4. Fréquemment incontinence - incontinence quotidienne mais persistance d'un contrôle

5. Incontinence - pas de contrôle
6. Aucune émission de selles durant les 3 derniers jours

1. Présent mais non manifeste au cours des 3 derniers jours
2. Manifeste 1 des 3 derniers jours
3. Manifeste 2 des 3 derniers jours
4. Manifeste chaque jour

a. Etourdissement
b. Douleur thoracique
c. Œdème périphérique

15. DOULEUR
(Note - la personne doit au minimum être interrogée sur la fréquence et l'intensité)

a. fréquence avec laquelle la personne se plaint ou manifeste des signes de douleur (moult grimaces, serrement de dents, gémissement, retrait lors d'un contact ou d'autres manifestations non verbales suggérant la douleur)
0. Pas de douleur
1. présente mais non manifeste durant les 24 dernières heures
2. manifeste durant les 24 dernières heures
b. Intensité de la douleur présente la plus intense
0. Pas de douleur
1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

Copyright IMA 2006 (F) Adaptation française Jean-Claude Dupuy novembre 2007

16. PROBLEMES NUTRITIONNELS

a. Réduction notable de la quantité de nourriture habituellement mangée ou des liquides normalement consommés durant les 3 derniers jours
0. Non 1. Oui

b. Perte de poids de 5% ou plus dans les 30 derniers jours, ou de 10% ou plus dans les 6 derniers mois
0. Non 1. Oui

c. Régime spécial
0. Non 1. Oui

17. MODE D'ALIMENTATION

0. Normal
1. Requiert des modifications pour avaler les aliments
2. Alimentation par sonde

18. STADE LE PLUS SEVERE D'ESCARRE (ULCERE DE PRESSION)

0. Pas d'ulcère de pression
1. Toute zone de rougeur persistante
2. Perte partielle des couches de la peau
3. Cratère profond dans la peau
4. Lésions de la peau exposant le muscle ou l'os
5. Pas de stade quantifiable ex prédominance de débris nécrotiques

19. ULCERE AUTRE QUE DE PRESSION - ex. d'origine veineuse, artérielle, mixte, ulcère diabétique au pied
0. Non 1. Oui

20. PROBLEMES CUTANES MAJEURS - ex. brûlures (2e ou 3e degré) ; plaie chirurgicale en cours de guérison
Non 1. Oui

21. LESSION POST TRAUMATIQUE - Exemple fracture lésion physique majeure après une agression ou un accident de véhicule à moteur
0. Non 1. Oui

22. TRAITEMENTS - Traitements reçus ou programmés durant LES 3 DERNIERS JOURS
0. Non prescrit et non reçu
1. Prescrit ET non mis en oeuvre
2. 1-2 durant les 3 derniers jours
3. Quotidien

a. Perfusion ou médication IV
b. Soins de plaie

1. Prescrit ET non mis en oeuvre
2. 1-2 durant les 3 derniers jours
3. Quotidien

a. Perfusion ou médication IV
b. Soins de plaie

Copyright IMA 2006 (F) Adaptation française Jean-Claude Dupuy novembre 2007

23. TEMPS DEPUIS LA DERNIERE HOSPITALISATION.

(Codez l'épisode le plus récent au cours des 90 DERNIERS JOURS)

0. Pas d'hospitalisation durant les 90 derniers jours
1. 31 à 60 jours
2. Entre 15 et 30 jours
3. Entre 8 et 14 jours
4. Durant les 7 derniers jours
5. Est hospitalisé(e) actuellement

24. RECOURS AU SERVICE D'URGENCE

(Codez le nombre de nombre de fois durant LES 90 DERNIERS JOURS (Ne pas compter les séjours d'une nuit))

0. Non 1. Oui

25. CHIRURGIE DURANT LES 90 DERNIERS JOURS

0. Non 1. Oui

26. DEUX AIDANTS PRINCIPAUX

a. Relations avec la personne aidant
1. Enfant ou bel enfant
2. Epoux
3. Compagnon/toute personne importante
4. Parent
5. Frères et soeurs
6. Autre membre de la famille
7. Ami
8. Voisin
9. Pas d'aidant informel
0. Autre personne - rémunérée ou non (ex. employé(e) de maison)

b. Vit avec la personne
0. Non
1. Oui depuis 6 mois ou moins
2. Oui depuis plus de 6 mois
8. Pas d'aidant

27. ETAT DES AIDANTS INFORMELS

0. Non 1. Oui
a. L'aidant principal exprime des sentiments de détresse, de colère ou de dépression
b. La famille les amis proches rapportent qu'ils se sentent dépasser par la maladie de la personne

28. EVALUATION DE L'ENVIRONNEMENT
Logement, tout problème d'accessibilité, de chauffage, d'eau courante etc.
0. pas de problème 1. Problème
Précisez :

1. TYPE DE SERVICES

1. Type de services

Copyright IMA 2006 (F) Adaptation française Jean-Claude Dupuy novembre 2007

SERVICES PROFESSIONNELS

Nombre de jours (A) Total de minutes (B) durant les 7 derniers jours

Intensité des soins/thérapies durant les 7 DERNIERS JOURS (ou depuis la dernière évaluation ou depuis l'admission si moins de 7 jours)

a. Aide-soignant/auxiliaire de vie
b. Infirmière
c. Aides ménagères
d. Repas à domicile
e. Kinésithérapie
f. Ergothérapie
g. Service pour trouble du langage et de l'audition
h. Psychothérapie (par tout professionnel diplômé en santé mentale)
i. Autre (France) - personne non qualifiée rémunérée

2. DUREE DE PRISE EN CHARGE PREVUE par le SPASAD
0. Non requis 1. 1-14 jours 2. 15-60 jours
3. 61 jours ou plus

	A	B
a. Aide-soignant/auxiliaire de vie		
b. Infirmière		
c. Aides ménagères		
d. Repas à domicile		
e. Kinésithérapie		
f. Ergothérapie		
g. Service pour trouble du langage et de l'audition		
h. Psychothérapie (par tout professionnel diplômé en santé mentale)		
i. Autre (France) - personne non qualifiée rémunérée		

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

Copyright IMA 2006 (F) Adaptation française Jean-Claude Dupuy novembre 2007

12. DIAGNOSTICS MEDICAUX

Code des Maladies
0. Absente

1. Principal ou principaux diagnostics (épisode de soins actuel)
2. Diagnostic présent avec traitement actif
3. Diagnostic présent suivi mais sans traitement actif

Diagnostique Code des Maladies Code ICD-10
a.
b.
c.
(Note : ajoutez des lignes supplémentaires en cas d'autres diagnostics)

13. CHUTE
0. Pas de chute durant les 90 derniers jours
1. Une chute ou plus durant les 90 derniers jours

14. FREQUENCE D'UN PROBLEME
Codez la présence durant les 3 derniers jours
0. Non présent
1. Présent mais non manifeste au cours des 3 derniers jours

2. Manifeste 1 des 3 derniers jours
3. Manifeste 2 des 3 derniers jours
4. Manifeste chaque jour

a. Etourdissement
b. Douleur thoracique
c. Œdème périphérique

15. DOULEUR
(Note - la personne doit au minimum être interrogée sur la fréquence et l'intensité)

a. fréquence avec laquelle la personne se plaint ou manifeste des signes de douleur (moult grimaces, serrement de dents, gémissement, retrait lors d'un contact ou d'autres manifestations non verbales suggérant la douleur)
0. Pas de douleur
1. présente mais non manifeste durant les 24 dernières heures
2. manifeste durant les 24 dernières heures
b. Intensité de la douleur présente la plus intense
0. Pas de douleur
1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

1. Légère, 2. Modérée, 3. Sévère
4. Pénible ou la douleur est atroce ou intolérable

Annexe 3 : Outils d'analyse

- Annexe 3.1 : Extrait d'un récit phénoménologique
- Annexe 3.2 : Extrait des verbatim et codage

Annexe 3.1 : Extrait d'un récit phénoménologique (4p./14 pages) d'un entretien n° I_PS_2.18

Verbatim	Énoncés phénoménologiques	Récits phénoménologiques
<p><i>EB : Parlez-moi de vos activités professionnelles concernant l'aide et l'accompagnement auprès des personnes âgées ?</i></p> <p>I_PS_2.18 : J'ai commencé... Si j'ai décidé de travailler, non seulement j'aime le contact avec les personnes âgées, elles nous apprennent énormément des choses, mais aussi pendant ma formation j'ai fait pas mal de stages dans différents services, différents endroits et les soins que j'ai appris c'était auprès des personnes âgées. Je me suis orienté dedans puisque pour moi c'était plus simple, c'était mon premier emploi dans la vie active, je préfère commencer dans quelque chose que je connaissais déjà. Ça fait 3 ans que je suis à la... Je m'occupe de 7 personnes le matin et une à 2 l'après-midi.</p>	<p>Caractéristiques du répondant</p>	<p>Caractéristiques du répondant</p>
<p><i>EB : Est-ce que la réalité des situations rencontrées vous a-t-elle changé ? Si oui en quoi vous a-t-elle changé ?</i></p> <p>I_PS_2.18 : Ah oui ça n'a rien à voir, en institution on est encadré, on travaille dans une équipe, là on est vraiment seul sur le terrain. On est obligé d'apprendre à être autonome, de prendre des responsabilités, de prendre des décisions assez rapidement, d'être autonome, ça forme énormément le domicile. Ça forme à être seul,</p> <p>On est quasiment constamment toute seule quoi ! ça peut être un côté négatif, le reste c'est formateur....</p> <p>Comme on est assez seule, on a besoin de ça quoi, on a besoin d'avoir nos collègues à côté, c'est un moment d'échanges qui est assez important. On fait ça le matin et le midi c'est pareil. Décision rapidement : en cas de malaise, concernant la prise de médicaments. Parfois on arrive, on sonne, personne ne répond, il faut prendre une décision très rapidement soit d'appeler les secours soit la famille. Ce n'est pas évident, ça vient au fur et à mesure. On a des infirmières qui sont joignantes, qui sont d'astreinte pour nous donner des conseils, mais parfois ils sont injoignables. Du coup nous, on est obligé de faire rapidement et de prendre la bonne décision. Ce n'est jamais facile on appréhende souvent ces genres de situations, chaque cas est différent. Ce WE un collègue a retrouvé la personne morte dans son lit, ce n'est pas évident et on doit prendre sur nous ! Voilà ! Parce qu'on gère ça au départ seul, on n'est pas forcément accompagné derrière et ça, c'est lourd à gérer ça.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le domicile est très différent de l'institution, - Le travail au domicile est un travail solitaire - Etre autonome - Agir et prendre les décisions rapidement - Le côté négatif du domicile c'est qu'on est seule - Décider rapidement - On apprend au fur et à mesure - Soutien de l'équipe est important (pouvoir s'appuyer à l'équipe) -Gestion des cas difficiles seule Prendre sur soi 	<p>Le domicile est différent de l'institution, car on est tout seul à gérer les situations difficiles et urgentes comme le décès de la personne. Cela n'est pas facile à gérer, le soignant doit être autonome, capable de prendre des décisions seul et rapidement. <i>Ce n'est pas évident, ça vient au fur et à mesure</i>, il a besoin de soutien de ses collègues, souvent il n'en a pas, il doit prendre tout sur soi.</p>

<p><i>EB : Quels sont les éléments importants pour qu'un service d'aide soit de qualité ?</i></p> <p>I_PS_2.18 : En général on parle beaucoup avec des gens, ils peuvent nous dire ce qu'ils ressentent. Le soin en lui-même c'est, heuu, pour eux ce n'est pas l'acte lui-même qui est important, c'est tout ce qui est autour. C'est le relationnel, c'est le contact qu'on a avec eux, c'est le respect qu'on a envers eux et puis leur donner aussi parce qu'on rentre chez eux c'est quelque chose qui n'est pas évident forcément, on rentre dans leur intimité. Nous on est formé, donc on sait que ce qu'on fait est bien, mais on ne sait pas comment la personne le ressent. Nous ce qui est important c'est que notre patient a ressenti pendant notre soin, ce qu'il pense de notre intervention, de ce qu'il pense de notre façon de faire parce qu'après on est seule. Personne d'autre pour juger notre travail quoi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Parler avec la personne - Les permettre d'exprimer ce qu'ils ressentent - l'acte du soin n'est pas lui-même important - le relationnel, le contact, le respect qu'on a envers eux - ce n'est pas évident de rentrer chez les gens, dans leur intimité - quand on est formé, on sait ce qu'il faut faire - ce qui est important c'est le ressenti de la personne pendant l'intervention, -ce que la personne pense de la façon d'être de l'intervenant 	<p>L'acte du soin n'est pas lui-même important, c'est le relationnel qui est important, notamment le l'échange, le respect, le contact</p> <p>Seule la personne peut juger la qualité du service rendu, en fonction de ce qu'il ressent au moment du soin et de ce qu'il pense de la façon d'être du soignant</p>
<p><i>EB : Pour vous même quels sont les éléments importants de la qualité au-delà de ce que la personne âgée peut exprimer ou ressentir ?</i></p> <p>I_PS_2.18 : bah le respect déjà, behhhhh qu'est-ce que je peux vous dire, c'est difficile comme question ! C'est quelque chose qu'on ressent, chacun travaille à sa manière, après on trouve chacun nos marques. Je ne sais pas comment vous dire. Moi c'est par rapport au patient, j'observe sa réaction, son regard, ses paroles, je fais vraiment attention à tout ça. Il ne faut pas les brusquer, il faut avoir énormément de patience, il faut les mettre en confiance. Après c'est le respect de tout ce qu'on a appris, les règles d'hygiène, mais bon encore une fois au domicile en respectant ce qu'on a appris, on est obligé de s'adapter. Donc on fait au mieux, mais parfois on arrive au domicile, il n'y a pas de matériel, on fait avec les moyens du bord quoi ! Il y a pleins de choses qu'on aimerait changer, après comme on rentre dans l'intimité des gens on ne peut pas prendre des décisions pour eux. On a à s'occuper de la personne, mais on s'occupe aussi, enfin on ne s'occupe pas, mais il y a la famille au tour. Il faut faire attention à la famille et aux aidants. Voilà il y a ça aussi à gérer. Après voilà, au domicile il y a beaucoup de contraintes. On va chez des gens qui n'ont pas de matériel qui vivent dans des conditions vraiment catastrophiques, qui ont un entourage</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Le respect - c'est difficile comme question - c'est de l'ordre du ressenti - c'est faire attention à tout par rapport au patient : observer ça réaction, son regard, ses paroles - il faut énormément de patience - mettre la personne en confiance - le respect de ce qu'on a appris, et les règles d'hygiène - s'adapter aux moyens disponibles à chaque domicile - tenir compte de la famille et les aidants - le soutien ou collaboration avec les autres professionnels 	<p>La question de la qualité est de l'ordre de ce que la personne éprouve, c'est difficile à expliquer. C'est un ensemble d'éléments à la fois touchant la personne, la famille et les soignants. La qualité est singulière, car elle demande de s'adapter aux spécificités de chaque domicile par rapport aux moyens disponibles qui font souvent défaut</p> <p>Puiseurs contraintes empêchent d'atteindre la qualité souhaitée : manque de</p>

<p>difficile aussi donc ça nous met beaucoup de barrières voilà. Je ne sais pas comment améliorer tout ça. Disons qu'il faudrait qu'il y ait plus d'aide d'assistant social, de personnes comme ça qui travaillent aussi derrière nous pour nous faciliter les choses. En tous cas nous quand on a des difficultés, on n'a pas forcément d'aide à côté. Mais comme je vous dis on fait le mieux pour la personne et pour nous même aussi parce qu'avec les conditions de travail si on ne fait pas attention à nous, beh, on fait mal notre travail du coup.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - au domicile il y a beaucoup de contraintes limitant la qualité des soins : manque de matériel, conditions de vie difficiles, entourage difficile, - Faire mieux pour la personne et pour nous-mêmes 	<p>matériel, conditions de vie difficiles, entourage difficile.</p>
<p><i>EB : Quels sont les éléments qui pour vous peuvent influencer négativement ou positivement la qualité d'un service d'aide ?</i></p> <p>I_PS_2.18 : Déjà les conditions au domicile et la charge de travail qu'on a. Même si on a 7 patients, il y a des grabataires qui sont au lit, des gens qui demandent beaucoup de temps, tout ça fait que ça peut détériorer notre qualité de travail. Parce qu'on est obligé de calculer notre temps, sinon ça nous décale complètement. Il y a des gens qui attendent, on a des gens qui ont des RV, des gens qui ont des kiné, on doit gérer notre temps, on doit faire notre travail dans les meilleures conditions possibles, c'est un tout un tas de choses à gérer. . . .</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les conditions de travail à domicile et la charge du travail - L'état de la personne nécessitant beaucoup de soins - le temps limité - l'impératif de mieux faire tout en gérant beaucoup de choses, entre le programme de chaque patient et celui des soignants. 	<p>Les conditions du domicile dans lesquels vont travailler les soignants, leur charge de travail et la gestion du quotidien des personnes âgées peuvent avoir un impact négatif à la qualité du travail des soignants malgré leur volonté de mieux faire.</p>
<p><i>EB : Que pensez-vous de la qualité des services que vous rendez aux personnes âgées de façon générale ? Ça correspond à ce que vous vous attendiez ou que vous aimerez faire ?</i></p> <p>I_PS_2.18 : C'est bien, mais ça pourrait être mieux. Comme je vous ai dit, on fait au mieux. Ça dépend des périodes, il y a des périodes qu'on a énormément de travail et malgré nous on est obligé de passer peu de temps avec la personne, on est obligé de faire vite. On a envie de passer plus de temps parce que moi personnellement ce qui m'intéresse c'est le relationnel, ce n'est pas le soin lui-même. Il ne faut pas se mentir, faire une toilette à quelqu'un ce n'est pas ce qui est de plus formidable, donc c'est le relationnel, le contact avec la personne qui est important. Voilà c'est le temps qui nous fait défaut. On ne peut pas faire comme on veut tout le temps. ...</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La qualité des soins n'est pas optimale -Elle est variable selon la charge du travail, le temps passé avec la personne -A cause de beaucoup de travaux ils sont obligés de faire vite - Le relationnel est plus important que le soin lui-même - Les intervenants ne font pas ce qu'ils aimeraient faire faute de temps 	<p>Par manque de temps et la charge du travail, les intervenants n'arrivent pas à faire ce que le répondant aimerait faire qu'il considère comme plus important par rapport à une aide à la toilette, notamment le relationnel et le contact avec la personne. Il considère que la qualité n'est pas optimale.</p>
<p><i>EB : Pouvez-vous me donner des exemples s'il y en a des expériences que vous trouvez difficiles/pénibles et d'autres expériences que vous jugez adéquates/positives ?</i></p> <p>I_PS_2.18 : Je peux vous dire de ce qui est expérience difficile, ça nous est arrivé d'arriver au moment où il y a des conflits entre mère-enfant, mari-femme, et quand on se retrouve au milieu de tout ça on ne peut pas prendre parti et c'est difficile à gérer. Il y a des décès qui sont difficiles à gérer. Pas d'accompagnement, c'est dommage. Pour vous dire, on est</p>	<p>Les expériences difficiles :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la gestion des conflits familiaux et des décès - le manque de soutien de la part des responsables, ce sont les intervenants qui sont obligés de les solliciter. Ils se sentent « largués » 	<p>Les soignants se sentent « largués », ne trouvent pas de soutien attendu de la part de leurs responsables. Ils sont confrontés à la gestion très délicate et difficile des conflits</p>

<p>franchement un peu largué. C'est nous qui sommes obligés d'aller vers les responsables, eux ne viendront jamais nous demander comment on a ressenti les choses. Et ça, c'est dommage.</p> <p>On a besoin de raconter de ce qu'on a vécu, de demander des conseils, d'avoir des avis. On a besoin d'extérioriser parce que sinon c'est un travail qui est quand même difficile et qui peut (Inaudible). Quand on rentre chez nous le soir on est complètement déprimé. Parce que justement on n'a pas eu l'occasion de raconter ce qui s'est passé, ce qu'on a vécu, ce qu'on a ressenti. Et ça, c'est un gros point négatif ici, c'est qu'il n'y a pas, il y a un psychologue pour les patients et il n'y a pas un psychologue pour nous.</p>	<p>-Les soignants cherchent du soutien auprès de leurs collègues</p> <p>-Ils se sentent déprimés et ont besoin d'exprimer ce qu'ils vivent au quotidien et leur ressenti.</p> <p>-Ils déplorent le manque de soutien psychologique pour pouvoir exprimer leur vécu et leur ressenti.</p>	<p>familiaux auxquels ils sont témoins.</p> <p>Quand ils rentrent de leur travail, ils se sentent déprimés, du fait de ne pas pouvoir raconter leur vécu et leur ressenti. Ils n'ont pas de soutien psychologique.</p>
<p><i>EB : Quels sont les éléments auxquels vous faites attention lors de votre intervention, quelle est votre attitude à l'égard de ces personnes âgées?</i></p> <p>I_PS_2.18 : Toujours un grand sourire, mais si ça ne va pas il faut un grand sourire. Quand on ouvre le matin la porte de chez eux, il faut très attention à ça, à notre regard et à notre sourire. S'ils voient d'emblée qu'on ne sourit pas ou qu'on a les yeux un peu ailleurs, des fois ça ne lui plait pas. C'est très important la première parole, le premier geste qu'on fait en entrant chez eux.</p>	<p>- Le soignant doit être toujours en bonne humeur surtout quand il entre en contact avec la personne (au moment de la rencontre)</p> <p>- Il doit être présent, faire attention à son regard et son sourire</p> <p>- La prise de contact quotidienne avec la personne est très importante</p>	<p>Le premier contact avec la personne est très important ainsi que l'humeur du soignant. La présence de l'intervenant par son regard, sa première parole, se premier geste, son sourire sont des éléments auxquels il fait attention.</p>
<p><i>EB: Pensez-vous que vous faites assez pour les personnes âgées?</i></p> <p>I_PS_2.18 : On ne fait jamais assez, mais en même temps il ne faut pas faire trop. Il faut garder notre place. Ce qu'il y a c'est que moi comme je suis la plus jeune de l'équipe, mes patients ont l'âge de mes grands-pères, de mes grands-mères, donc du coup ils font beaucoup de "transferts" avec moi. Ce qui n'est pas facile c'est de mettre une barrière justement. On nous dit toujours de mettre une barrière, il ne faut pas trop s'attacher, ça déjà ce n'est pas facile, ce n'est possible de ne pas s'attacher. Je m'attends très bien avec eux maintenant, mais pour eux je suis leurs petites filles..... avant c'était très compliqué parce qu'ils avaient l'impression que c'était leur petite fille qui le faisait les soins et ils n'acceptaient pas ça. Du coup c'est un travail, il a fallu pendant plusieurs temps que je fasse connaissance avec eux avant même d'avoir contact physique avec eux. Moi j'adore ce que je fais avec mes patients ça se passe vraiment très bien. C'est une vocation sinon de toutes les façons ça ne sert à rien.</p> <p>.....</p>	<p>- Il faut trouver la bonne distance entre les consignes reçues de ne pas s'attacher et la relation qui se crée entre le soigné et le soignant, ce qui n'est pas facile pour ces derniers.</p> <p>- Trouver un équilibre entre ne pas faire trop et faire assez</p> <p>-L'intervenant doit se faire accepter malgré son âge perçu parfois par la PA comme une limite l'empêchant son aide.</p> <p>-Avant d'avoir le contact physique avec les patients, il faut faire connaissance avec eux</p> <p>- Il faut avoir la passion</p>	<p>La relation du soignant et de la PA va dépendre de plusieurs facteurs : la bonne connaissance de la PA, la capacité de l'intervenant à se faire accepter tout en gardant la bonne distance. Parfois la PA peut considérer l'intervenant comme son propre enfant. En même temps sa hiérarchie lui interdisant de s'attacher. Il faut trouver le bon équilibre pour ne pas faire trop tout en faisant assez.</p>

Annexe 3.2 : Extrait des verbatim et codage

(Exemple de l'attribution d'un thème (gentillesse) à un extrait de verbatim*)

Code retrieval - 65 Hits

Search Expression Search Hits

Group by: <none>

Code:

Category	Code /	Case	Text	Coder	Date
LES QUALITES PERSONNELLES	Gentillesse	I_PA_2.22	Je suis content parce que j'ai à faire au personnel compétant, et gentil, humain! ils sont attentifs; j'en suis très content et je le dis à la SPSAD2 et je le pense vraiment.	Admin	21/07/2015
LES QUALITES PERSONNELLES	Gentillesse	I_PS_1.21	Oui la gentillesse c'est très important, l'écoute bien sûr, mais la gentillesse aussi. La disponibilité aussi, le temps.	Admin	31/07/2015
LES QUALITES PERSONNELLES	Gentillesse	I_PS_1.21	ma gentillesse	Admin	31/07/2015
LES QUALITES PERSONNELLES	Gentillesse	I_PA_2.37	En général ils sont gentils, ils sont bien, polis.	Admin	17/07/2015
LES QUALITES PERSONNELLES	Gentillesse	I_AD_1.22 ac	On n'est pas pareil, le travail qu'on fait est le même, mais le travail qu'on fait n'est pas pareil. On passe qu'on fait mieux, mais on n'est pas pareil, il faut être à l'écoute, être patient, sincère, gentil, parce que c'est preste que des bébès! Il faut savoir les comprendre, ils savent mieux que nous les personnes âgées.	Admin	20/07/2015
LES QUALITES PERSONNELLES	Gentillesse	I_PA_2.25	Je suis contente de tout moi, ils sont toutes gentils, ils s'occupent bien de moi, je n'ai rien à leur reprocher.	Admin	19/03/2013
LES QUALITES PERSONNELLES	Gentillesse	I_PA_2.25	Parce que me sens mieux! ah oui parce qu'ils sont tellement gentilles.	Admin	21/07/2015
LES QUALITES PERSONNELLES	Gentillesse	I_PA_2.25	Oh satisfaite! Parce que tout le monde est gentil avec moi.	Admin	19/03/2013
LES QUALITES PERSONNELLES	Gentillesse	I_PA_2.26	Rien, dans l'ensemble, ils sont corrects, ils sont polis, ils travaillent proprement, elles se mettent à ma portée, elles parlent de n'importe quoi. Par exemple celui de ce matin était très gentil. Non non. Dans l'ensemble je n'ai pas à me plaindre. Si quelqu'un de nouveau je verrai comme il se comporte. Dans l'ensemble je ne dois pas me plaindre. Je ne dits pas des choses méchamment c'est pour les aider. Pas pour les donner des directives. Ce que j'aurais aimé, c'est qu'ils me donnent mes deux heures, mais c'est autre chose! Voilà.	Admin	19/03/2013
LES QUALITES PERSONNELLES	Gentillesse	I_PA_2.26	Pour l'instant je suis satisfait de l'ensemble. Comme ça ne change pas, je suis satisfait. Ce sont les gens gentilles, ponctuelles, qui sont à l'écoute.	Admin	19/03/2013
LES QUALITES PERSONNELLES	Gentillesse	I_PA_2.27	Les éléments, elles sont gentilles pour commencer,	Admin	12/09/2015
LES QUALITES PERSONNELLES	Gentillesse	I_PA_2.27	Bah c'est-à-dire que j'aime les gens qui parlent gentiment déjà, et qui parle bien, donc qui parle normalement, parce que j'étais niveau professeur de français, puisque c'est ça que je voulais faire,	Admin	09/12/2015
LES QUALITES PERSONNELLES	Gentillesse	I_PA_2.27	Qu'ils me disent bonjour déjà, et après qu'ils me parlent gentiment, qu'ils me disent Madame D. qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui vous voyez.	Admin	09/12/2015
LES QUALITES PERSONNELLES	Gentillesse	I_PA_2.27	Je n'ai pas de reproches à faire si vous voulez à ce côté-là. Hey elles font ce qu'elles peuvent. Oui quelqu'un qui est gentil avec moi, il y a celle qui vient, elle m'embrasse gentiment, je ne trouve pas ça pas désagréable.	Admin	09/12/2015

* Plusieurs codes ont parfois été attribués au même extrait de verbatim

Annexe 4 : Quelques exemples des rapports et des plans relatifs à la politique du soutien à domicile des personnes âgées en France depuis les années 60.

(Source : Centre de documentation FNG/CLEIRPPA)

Les rapports

1962 : Rapport LAROQUE « Politique vieillesse »

1969 : Rapport de Marie-Madeleine DIENESCH, Secrétaire d'État aux Affaires Sociales « Consultation sur les problèmes d'action sociale en faveur des personnes âgées. »

1978 : Rapport « Vieillir demain » du GROUPE PROSPECTIVE « Personnes âgées » du Commissariat Général du Plan

1979 : Rapport de Maurice ARREKS, L'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dépendantes, introduit le terme de dépendance.

1983 : Rapport d'André PAVEC et Henri-Jean LEBEAU, « Rapport sur l'aide-ménagère à domicile en faveur des personnes âgées », Inspection Générale des Affaires Sociales

1985 : Rapport de Daniel BENOIST,
« Les problèmes médicaux et sociaux posés par les personnes âgées dépendantes », Conseil Économique et Social

1988 : Rapport de Théo BRAUN et Michel STOURM, « Les personnes âgées dépendantes »

1991 : Rapport de la commission présidée par Pierre SCHOPFLIN, Inspecteur Général des Affaires Sociales, « Xème Plan : Dépendance et solidarité. Mieux aider les personnes âgées », Commissariat Général du Plan

1991 : « Rapport relatif au soutien à domicile des familles et des personnes âgées » Inspection Générale des Affaires Sociales

1999 : Rapport de Paulette GUINCHARD-KUNSTLER, Députée « Vieillir en France. Enjeux et besoins d'une nouvelle orientation de la politique en direction des personnes âgées »

2001 : Rapport de Maurice BONNET, « Les personnes âgées dans la société », Conseil Économique et Social

2005 : Rapport de la Cour des comptes, « Les personnes âgées dépendantes »

2006 : Rapport de Michel DURAFFOUR et Paul STEPHANE, « Rapport relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse », Inspection Générale des Affaires Sociales

1983 : Rapport d'André PAVEC et Henri-Jean LEBEAU, « Rapport sur l'aide-ménagère à domicile en faveur des personnes âgées », Inspection Générale des Affaires Sociales

1991 : « Rapport relatif au soutien à domicile des familles et des personnes âgées », Inspection Générale des Affaires Sociales

1997 : Rapport de Françoise BAS-THERON, Thérèse ROQUEL, Liliane SALZBERG « L'aide-ménagère à domicile aux personnes âgées », Inspection Générale des Affaires Sociales

2006 : Rapport de Michel DURAFFOUR et Paul STEPHANE : « Rapport relatif à la politique de maintien à domicile des personnes âgées relevant de l'action sociale de la Caisse nationale d'assurance vieillesse », Inspection Générale des Affaires Sociales

2007 : Rapport de Bernadette ROUSSILLE, Hélène STROHL, Michel RAYMOND, « Enquête sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées », Inspection Générale des Affaires Sociales

2010 : Rapport de Nicolas DURAND, Christophe LANNELONGUE, Patrice LEGRAND, Vincent MARSALA, « Hospitalisation à domicile (HAD) », Inspection Générale des Affaires Sociales

Les plans

1971 : VIème plan (1971-1975), Programme finalisé pour le maintien à domicile des personnes âgées

1976 : VIIème plan (1976-1980), Programme d'action prioritaire n0 15.

1984 : IXème Plan (1984-1988), Alternatives à l'hospitalisation

2003 : Plan « Vieillesse et solidarité (2004-2007)

2004 : Plan Alzheimer et maladies apparentées (2004-2007)

2005 : 1^{ère} Plan de développement des services à la personne

2006 : 1^{er} Plan (2007-2012), "Solidarité-Grand âge" »

2006 : Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors (2006-2010)

2007 : Plan de développement de la bienveillance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance

2007 : Plan National Bien Vieillir (2007-2009)

2009 : 2^{ème} Plan de développement des services à la personne

2015 : Plan national d'Action de prévention de la perte d'autonomie

Annexe 5 : Extrait de la revue de la littérature sur les indicateurs de la qualité des soins¹¹

Auteur	Titre	Objectifs	Population	Contexte de soins/pays	Méthode/ modalité de validation	Cible/Indicateurs/Résultats
E Van der Ploeg et al. 2008	Developing quality indicators for general practice care for vulnerable elders; transfer from US to The Netherlands	Identifier les indicateurs les plus importants et étudier la transférabilité de ces indicateurs entre les pays (USA et Hollande)	Personnes âgées (PA) vulnérables	Médecine générale / USA & Pays-Bas	Opinions d'experts : des professionnels (5 Médecins généralistes, des infirmiers à domicile et 2 gériatres).	Dépression, diabète, soins de fin de vie, mobilité, chutes, utilisation des médicaments, malnutrition
Paul G Shekelle et al. 201	Assessing care of vulnerable elders: methods for developing quality indicators	Développement des indicateurs de la qualité du processus des soins pour les personnes âgées vulnérables	Personnes âgées vulnérables	USA	Opinion d'experts, validation par la méthode RAND/UCCLA	Fin de vie, chutes, troubles de la mobilité, soins hospitaliers, déficiences auditives, malnutrition, ostéoporose, gestion de la douleur, escarres, incontinence urinaire, démence, dépression, diabète, insuffisance cardiaque, hypertension, cardiopathie ischémique, pneumonie ... (Au total 236 Indicateurs)
Katherine Berg et al. 2002	Identification and Evaluation of existing Nursing homes quality Indicators	Comparaison de la performance des institutions de soins	PA	Nursing Home USA	Revue des indicateurs existants : les indicateurs de qualité du MDS, de CHSRA- Approche quantitative	Sur 143 indicateurs, 22 sont recommandés pour être utilisés dans la comparaison des institutions : Prévalence et incidence des infections urinaires, prévalence de la contention physique, symptômes dépressifs sans traitement...
John P. Hirdes 1998	Use of the MDS quality Indicators to Asses Quality of Care in Institutional settings	Décrire l'utilisation des Indicateurs de qualité du MDS pour les soins à domicile et voir si ces Indicateurs varient entre les pays	PA	Milieu Institutionnel Canada & USA	Approche quantitative/Tirage au sort de l'échantillon de 926 patients de 14 hôpitaux	Chutes, soins de la peau, comportement et cognition, lutte contre les infections, éliminations/ incontinence, nutrition / alimentation, fonctionnement physique, usage des médicaments.

¹¹ N.B. Certaines appellations ne désignent pas les mêmes services dans les différents pays, les termes utilisés sont ceux des auteurs.

Auteur	Titre	Objectifs	Population	Contexte de soins/pays	Méthode/ modalité de validation	Cibles/Indicateurs/Résultats
Nicholas G Castle and Jamie C.Ferguson, 2010	What is nursing home quality and how is it measured?	Analyse critique des indicateurs utilisés pour mesurer la qualité des soins.	Personnes âgées	Nursing home Pittsburgh/USA	Revue de la littérature	La contention physique, la vaccination de la grippe, la prévalence des anxiolytiques, la prévalence de déshydratation, etc...)
Edourd Kelly and Jeremy Hurst 2006	Health Care Quality Indicators Project- Conceptual Framework Paper	Définir un cadre conceptuel pour les indicateurs de qualité des soins de santé pour les pays de l'OCDE	Population générale	Hôpitaux/ OCDE	Experts de 23 pays de l'OCDE	Les critères considérés dans ce travail : acceptabilité, accessibilité, justesse, capacité, compétence ou « capability », continuité, efficacité, efficience, équité, soins centrés sur la personne, sécurité, durabilité (sustainability) et réactivité.
N Steel et al., 2004	Developing quality indicators for older adults: transfer from USA to the UK is feasible	Adaptation d'un ensemble des indicateurs de la qualité des soins	PA de plus 65	Primary and secondary care/ Angleterre	Revue de la littérature, panel de 10 experts.	la démence, le diabète, les chutes, les troubles de mobilité, perte d'audition, l'hypertension, les maladies cardiaques ischémiques, l'arthrose, l'utilisation des médicaments, l'ostéoporose, la gestion de la douleur, le dépistage et la prévention, la fibrillation auriculaire, l'incontinence urinaire, la vue
Groenewoud Steg et al., 2008	Building Quality Report Cards for Geriatric Care in The Netherlands: Using Concept Mapping to Identify the Appropriate "Building Blocks" From the Consumer's Perspective	Identifier les "building blocks" pour la qualité à partir de la vision des consommateurs pour le domicile et l'institution	PA	Soins gériatriques Hollandes	Par « mapping/structured conceptualization »	Les différentes cibles pour le domicile : groupe 1: disponibilité, continuité, et organisation des soins; groupe 2: temps d'attentes, groupe 3: compétence du personnel, efficacité et sécurité des soins, groupe 4: plan de soins personnalisé, groupe 5: le respect, vie privée et autonome, groupe 6: plaintes, groupe 7: participation et choix, groupe 8: soins informels, groupe 9: information
Edeltraut Kröger et al., 2007	Selecting process quality indicators for the integrated care of vulnerable older adults affected by cognitive impairment or dementia	Etudier la validité du contenu, la faisabilité et la fiabilité des indicateurs de qualité du processus de soins.	PA ayant des déficiences cognitives ou démence.	Services des soins intégrés/ Québec	Revue de la littérature & opinions des experts 33 experts cliniques de différents domaines et une étude pilote sur 29 patients	Sécurité, efficacité, soins centrés sur la personne et accessibilité

Auteur	Titre	Objectifs	Population	Contexte de soins/pays	Méthode/ modalité de validation	Cibles/Indicateurs/Résultats
Wenger et al., 2007 (abstract)	Introduction to the assessing care of vulnerable elders-3 quality indicator measurement set	Mettre à jour et augmenter l'exhaustivité de l'ACOVE-3 (un ensemble d'indicateur de la qualité pour mesurer globalement les soins médicaux prodigués aux personnes âgées vulnérables.	PA de 75 ans et plus vivant à domicile	Soins médicaux USA	Panel multidisciplinaire des experts cliniciens/ Revue de la littérature	4 domaines : dépistage et prévention (123 indicateurs =31%), diagnostics (80 indicateurs =20%), traitement (135=35%), suivi et continuité (54=14%)
Justin Goodson et al., 2007	Nursing home care quality: insights from a Bayesian Network Approach	Montrer l'apport de l'utilisation de la nouvelle méthode (Bayesian Network) pour faire la mesure de la qualité globale par des indicateurs agrégés	Personnes âgées	Nursing home	Bayesian Network	Vision quantitative et qualitative de la qualité des soins
Barbara J. et al., 2001	Care as service, care as relating, care as comfort. Understanding nursing Home residents definition of quality	Identifier la vision de la qualité des soins selon les résidents des maisons de retraite	Personnes âgées	Nursing home	Étude qualitative par entretiens	Soins comme relation, service et confort
Hsien Seow et al., 2009	A framework for assessing QI for Cancer care at the End of life	Développement d'un modèle conceptuel de l'implantation des indicateurs de qualité qui sont réflexifs, faisables	Population (Période de fin de vie)	Population générale	Cadre conceptuel : indicateurs ayant un intérêt populationnel,	Les soins de santé : évaluation, dépistage, diagnostic, traitement
Craig C. Earle et al., 2003	Identifying potential indicators of the quality of end -of-life-cancer care from Administrative data	Identifier des indicateurs potentiels de la qualité des soins de fin de vie pouvant être suivis en utilisant les données administratives existantes.	Personnes en fin de vie avec un cancer	USA	Revue de la littérature, focus groupe et un panel de 8 experts et 12 patients, et 4 membres de familles.	Exemples d'indicateurs : la fréquence de recours aux urgences, l'intervalle entre la chimiothérapie et le décès, la disponibilité des soins multidisciplinaires, continuité de suivi médical, gestion de la douleur
Sigrid Nakrem et al., 2008	Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: international review of literature policy and practice	Revue de la littérature des indicateurs utilisés dans 7 pays et évaluer leur validité	PA de plus de 65 ans	Nursing home	Revue de la littérature	44 cibles ont été retenues dont 22 concernent les résultats. <u>Quelques exemples :</u> Sécurité/Accidents, comportement, fonction cognitive, élimination, nutrition, activités physiques, soins de la peau, évaluation et plan de soins, soins dentaires, sommeil,

Auteur	Titre	Objectifs	Population	Contexte de soins/pays	Méthode/ modalité de validation	Cibles/Indicateurs/Résultats
Minnesota Departement of Human Services	Minnesota nursing Home Report Card	Des indicateurs à partir des informations des "report cards" pour 381 nursing home qui participent au « Medical assistance Program » de Minnesota	PA	Nursing home/USA	-	Sept mesures de la qualité : satisfaction et qualité de vie, qualité clinique, heures de soins directs, utilisation des soignants vacataires, proportion des lits dans une chambre simple
Vineet M. Arora et al., 2007	Using Assessing Care of Vulnerable Elders Quality Indicators to Measure Quality of Hospital Care for Vulnerable Elders	Mesure de la qualité des soins pour personnes âgées vulnérables en utilisant les indicateurs de l'ACOVE	Personnes âgées vulnérables	Hôpital/ Chicago	RAND process	Parmi les 71 Indicateurs de l'ACOVE, ils ont retenu 16 concernant l'état fonctionnel, la démence, délirium, et des escarres
European center for social Welfare 2010	Measuring Progress: Indicators for care homes	Construire un ensemble d'indicateurs de la qualité	PA	Europe	Méthode Delphi : expert de 7 pays	24 Indicateurs pour la qualité des soins concernent : des escarres, état de la peau, erreur des médicaments, consultation chez un spécialiste, perte de poids, déshydratation, chutes, trouble du comportement, contention, incontinence, sonde urinaire, douleurs, médicaments antipsychotiques, neuroleptiques, antidépresseurs, état des dents, troubles psychiatriques gérontologiques, satisfaction, ...
Kristofer L. Smith et al., 2007	Brief Communication: National Quality-of-Care Standards in Home-Based Primary Care	Identifier des indicateurs essentiels pour une meilleure qualité des soins à domicile.	Population générale	Soins ambulatoires (soins primaires)	Méthode Delphi : Panel d'experts	Les domaines concernés : Évaluation et prévention, diagnostic, traitement, suivi et continuité. Cibles : Soins médicaux en fonction des diagnostics : Diabète, constipations, démence, incontinence urinaire, ostéoporose, etc. Plus de 200 indicateurs
M. Marshall et al., 2006	OECD Health Care Quality Project. The expert panel on primary care indicator prevention and health promotion	Développer un ensemble d'indicateurs de qualité pour les soins primaires	Population générale	Soins primaires, prévention et promotion de la santé OCDE	Delphi à partir des Indicateurs existants	27 indicateurs concernent la promotion de la santé, soins préventifs et diagnostic et traitement. Exemple : prévalence de l'obésité, prévalence de diabète, vaccination, mesure de la T/A, taux de sous poids à la naissance ...

Auteur	Titre	Objectifs	Population	Contexte de soins/pays	Méthode/ modalité de validation	Cibles/Indicateurs/Résultats
M N Marshall, et al., 2002	Can health care quality indicators be transferred between countries?	Évaluer la transférabilité des indicateurs de qualité de soins entre l'Angleterre et les États-Unis.	-	UK	Revue de la littérature/ RAND process	Soins médicaux (HTA, Diabète, dépression, etc...) // évaluation des pratiques médicales
Jennifer L. Malin, et al., 1999	Evaluating the Quality of Cancer Care	Développement d'une approche globale du système de mesure de la qualité de gestion de l'organisation de soins	Personnes adultes	USA	Revue de la littérature, Delphi d'un panel d'experts	Indicateurs selon l'État clinique : cancer et HIV, état clinique général de l'adulte (acné, alcool, dépendance, diabète, dépression, etc.)
Debra Saliba, et al., 2002	Indicators of the Quality of Nursing Home Residential Care	Identification des indicateurs de qualité pouvant être utilisés dans la mesure des processus de soins dans les institutions s	Personnes âgées	Nursing Home/ USA	Revue de la littérature/ Panel d'experts	19 indicateurs : Préférence de la personne, Assistance, aide quotidienne de la personne ayant des incapacités, accès aux appareils et accessoires fonctionnels, plan de soins, accès aux prestataires de soins, matériel pour aider des personnes ayant de difficultés pour la communication
Jan Barnsley, et al., 2005	Identifying performance indicators for family practice (Assessing levels of consensus)	Identifier les indicateurs de performance mettant l'accent sur la structure organisationnelle et les processus de soins cliniques.	Population générale	Ontario	Delphi, Processus de consensus	Médecine générale
D. Venablesa et al., 2006	Standards of care in home care services: À comparison of generic and specialist services for older people with dementia	Décrire des normes de services des soins à domiciles pour les personnes atteintes de problèmes cognitifs. Étudier les différences en qualité des soins spécialisés et les services de soins à domiciles non spécialisés.	Personnes âgées	Home Care services UK (Nord-Ouest)	Revue de la littérature/ questionnaire	Trois niveaux de normes : - les normes de services produits et processus de soins - Le contenu de services : soins individualisés, soins appropriés culturellement ; gestions des pratiques - la qualité des services : intégration, bonne pratique des soignants, implication des soignants, formations des soignants, contenu des résumés de rapports

Auteur	Titre	Objectifs	Population	Contexte de soins/pays	Méthode/ modalité de validation	Cibles/Indicateurs/Résultats
Marie-Jeanne Kergoat et al., 2009	Quality of care assessment in geriatric evaluation and management units: construction of a chart review tool for a tracer condition	Créer un outil pour l'évaluation et la gestion des unités gériatriques	Personnes âgées hospitalisées après une chute	Hôpital-unité gériatrique- Québec	Experts professionnels représentant les 8 professions principales en gériatrie Étude rétrospective des 934 dossiers/ Chutes : Diagnostic traceur	Indicateurs « <i>standardisables</i> », avec traçabilité dans les rapports médicaux : 169 items
Neil S. Wenger et al., 207	Introduction to the Assessing Care of Vulnerable Elders-3 Quality Indicator Measurement Set	La mise à jour et l'amélioration de l'exhaustivité de l'ensemble des indicateurs de qualité des processus de soins pour les soins médicaux délivrés aux personnes âgées vulnérables.	Personnes âgées vulnérables de 65ans et plus vivant à domicile.	Soins médicaux USA	Revue de la littérature, panel d'experts	26 domaines avec 392 Indicateurs concernant : hypertrophie bénigne de la prostate, cancer du sein, maladie pulmonaire obstructive chronique, cancer colorectal, continuité et coordination des soins, démence, dépression, diabète ...