



## RAPPORT FINAL - Mars 2012

### L'évaluation de la qualité de l'aide et de soins aux personnes âgées vivant à domicile

« Cas des Services Polyvalents de Soins et d'Aide à Domicile (SPASAD) »

Par  
Emmanuel BAGARAGAZA <sup>(1,2)</sup>

Sous la Direction de  
Joël Ankri<sup>(1)</sup>, Marie-Pascale Pomey<sup>(2)</sup>, François Béland<sup>(2)</sup>

(1) Université de VERSAILLES Saint Quentin en Yvelines

(2) Université de Montréal

---

**Rapport** de recherche financée par la DREES-MiRe&CNSA dans le cadre de la thèse de BAGARAGAZA Emmanuel sous la responsabilité du professeur Joël ANKRI

**Programme de recherche** « Mesure de la qualité de l'aide au domicile des personnes fragiles et de leur satisfaction, "prise de parole" des usagers »

**Convention** 09RAX961



**Auteurs :**

---

**Emmanuel Bagaragaza**, Candidat au doctorat en santé publique à l'université de Montréal, option organisation des soins de santé.

Laboratoire d'accueil : Laboratoire Universitaire Santé-Environnement-Vieillessement, Faculté des sciences de la santé, université de VERSAILLES Saint Quentin en Yvelines.

**Sous la direction de**

Mr **Joël ANKRI**, Gériatre et Professeur de santé publique et Directeur du laboratoire Santé- Environnement-Vieillessement à l'Université de VERSAILLES Saint Quentin en Yvelines.

Mme **Marie-Pascale Pomey**, Professeure agrégée au département de l'administration de la santé de l'Université de Montréal et Responsable de l'option Gestion de la qualité (Queops-i).

Mr **Béland François**, Sociologue et Professeur titulaire au département de l'administration de la santé et Responsable de l'option organisation des soins de santé du programme de Ph.D. de l'Université de Montréal.

**Note :**

---

- 1- Toute reproduction totale ou partielle de ce document à des fins non commerciales est autorisée, à la condition que la source soit mentionnée. Toute reproduction doit être fidèle au texte utilisé.
- 2- Les éléments du contenu de ce rapport font partie de la thèse et pourront être publiés en commun accord avec les partenaires de cette recherche.

## Remerciements

Grâce au soutien financier de la part de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques (DREES)-Mission Recherche (MiRe) et de la Caisse Nationale de Solidarité pour l’Autonomie (CNSA) nous avons pu réaliser cette recherche. Nous remercions le comité scientifique et l’équipe chargée de faire le suivi de ce programme. Nous remercions en particulier Mme WIERINK Marie pour sa collaboration et son écoute tout au long de nos travaux.

Nous tenons à remercier aussi mes Directeurs de recherche Pr Joël Ankri, Pre Marie Pascale Pomey et Pr François Béland de m’avoir soutenu et conseillé pour ce travail, ainsi que pour ma thèse.

Merci à tous les membres du laboratoire Santé-Environnement-Vieillessement (EA 2506 UVSQ) pour leur soutien et tous ceux qui ont contribué à la qualité de ce travail. En particulier je remercie Pr Jean-Claude Henrard et Pr Bernard Cassou pour leurs conseils et leur soutien.

Nous remercions également les Directeurs de deux services polyvalents d’aide et de soins à domicile (SPASAD) qui nous ont ouvert les portes de leurs structures, les coordinatrices et le personnel de ces structures qui nous ont aidés dans le bon déroulement de l’étude, pour le recrutement des participants et la prise des rendez-vous. Merci à tous les participants qui nous ont accordé leur temps pour les interviews (les personnes âgées, les salariés et les membres de l’équipe d’encadrement). Tous nous ont permis d’avoir accès à leur expérience, richesse inestimable pour mieux comprendre ce qu’est la qualité de l’aide et de l’accompagnement des personnes âgées à domicile. Pour des raisons de confidentialité et d’anonymat, nous nous gardons de mentionner leurs noms et ceux de ces deux SPASAD.

Merci au Dr Ségolène de Montgolfier pour ses commentaires.

Nos remerciements également aux rapporteurs de ce rapport.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RESUME .....</b>	<b>I</b>
<b>NOTE DE SYNTHÈSE .....</b>	<b>II</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PARTIE 1. CONTEXTE ET ÉTAT DE LA QUESTION .....</b>	<b>4</b>
1.1 SITUATION SOCIO-DEMOGRAPHIQUE ACTUELLE.....	4
1.2 LA POLITIQUE SOCIALE ET MÉDICO-SOCIALE DU SOUTIEN À DOMICILE EN FRANCE .....	5
1.3 L'ORGANISATION DES SERVICES D'AIDE ET D'ACCOMPAGNEMENT POUR LES PERSONNES ÂGÉES EN FRANCE .....	10
1.4 MODES D'INTERVENTION.....	10
1.5 RÉGULATION DE L'OFFRE DANS LE SECTEUR DU DOMICILE EN FRANCE.....	12
1.5.1 L'agrément simple.....	12
1.5.2 L'agrément qualité .....	13
1.5.3 L'autorisation.....	14
1.5.4 L'évaluation .....	15
1.5.5 La certification .....	16
1.6 CONCLUSION .....	17
<b>PARTIE 2. ÉTAT DES CONNAISSANCES.....</b>	<b>18</b>
2.1 DÉFINITION DES CONCEPTS MAJEURS ET CIBLE DE LA RECHERCHE .....	18
2.2 ANALYSE DE LA LITTÉRATURE.....	23
2.2.1 La complexité de l'intervention d'aide dans le contexte du domicile et ses conséquences sur la qualité du service rendu .....	23
2.2.2 La qualité des soins : définitions et visions .....	25
2.2.3 Les différentes approches de l'appréciation de la qualité des soins .....	27
2.2.4 Modèle conceptuel retenu pour l'étude .....	32
<b>PARTIE 3. ÉTUDE EMPIRIQUE .....</b>	<b>36</b>
3.1 MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE.....	36
3.2 DESCRIPTION DU TERRAIN .....	40
3.3 PRÉSENTATION DES CAS .....	41
3.4 RÉSULTATS.....	44
3.4.1 Déroulement des entretiens et caractéristiques des participants à l'étude .....	46
3.4.2 La perception de ce qu'est la qualité de l'aide selon les différents acteurs .....	47
a) Au niveau de la structure .....	48
b) Au niveau des processus.....	49
c) Au niveau des résultats .....	66
<b>PARTIE 4. APPORT DE LA RECHERCHE SUR LA MESURE DE LA QUALITÉ DE L'AIDE ET DE SOINS.....</b>	<b>73</b>
4.1 PROPOSITION D'UNE APPROCHE CONCEPTUELLE ET MÉTHODOLOGIQUE ADAPTÉE AU CONTEXTE DU DOMICILE.....	73
4.2 INDICATEURS DE LA QUALITÉ DE L'AIDE ET DE SOINS POUR PERSONNES ÂGÉES.....	79
4.3 CONSÉQUENCES POUR LA PRATIQUE ET PERSPECTIVES.....	87
4.3.1 Conséquences pour la pratique .....	87
4.3.2 Perspectives.....	88
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>89</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>90</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>95</b>

## RESUME

En France comme dans d'autres pays de l'OCDE, l'espérance de vie à 65 ans est en constante progression. Les différentes politiques de ces pays s'inscrivent dans une perspective de désinstitutionnalisation et de soutien à domicile des personnes âgées qui veulent y rester. La qualité des services d'aide et de soins dont elles ont besoin est un enjeu majeur et en même temps un défi à relever.

La nécessité d'améliorer la qualité de ces interventions demande de disposer de connaissances scientifiques dans ce domaine et de pouvoir la mesurer. Peu de travaux de recherche existent sur la qualité de l'aide et de soins dans le contexte du domicile en France. Ceux qui existent, même à l'étranger, ne l'abordent pas dans toutes ses dimensions. Raison pour laquelle nous avons réalisé un projet de recherche pour identifier le contenu de ses différentes dimensions selon la perception des différents acteurs, y compris les personnes âgées. Une étude qualitative a été menée au sein de deux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) se trouvant à Paris.

Les résultats de cette étude nous montrent que les acteurs mettent en avant la dimension non technique des services d'aide et de soins. La qualité de la relation entre la personne soignée et son aidant est l'un des critères déterminant la qualité de ces services. D'autres critères de la qualité portant sur la structure, les processus et des résultats ont été identifiés. A partir des résultats de notre étude et des connaissances existantes, nous proposons un cadre conceptuel et méthodologique de l'évaluation adapté au contexte et à ces services. Des indicateurs pour apprécier leur qualité sont aussi proposés.

Une collaboration entre les chercheurs et les acteurs de terrain, informés et formés à l'utilisation de cette approche, permettra son acceptation et son utilisation afin de pouvoir par la suite mettre en pratique les résultats de ces évaluations afin d'améliorer la qualité du service rendu aux personnes âgées.

**Mots clés** : Personnes âgées, aide et soins à domicile, qualité des soins, évaluation.

## Note de Synthèse

Notre société est confrontée aux différents défis liés au vieillissement de la population. Dans le contexte actuel de raréfaction et de rationnement des ressources, garantir un service d'aide et de soins de qualité aux personnes âgées constitue un enjeu social majeur. L'amélioration de la qualité de ces services permettrait de mieux accompagner celles qui souhaitent rester à leur domicile.

La qualité des soins est un concept multidimensionnel, difficile à mesurer. Il a été largement étudié dans le contexte institutionnel, très peu à domicile. C'est sa dimension technique qui a été souvent appréciée et la vision des acteurs professionnels est habituellement privilégiée. Cependant, plusieurs auteurs rappellent l'importance de chacune des dimensions de la qualité des soins et leur influence les unes sur les autres. Dans le contexte du domicile, un service d'aide et de soins est davantage plus complexe et les acteurs professionnels ne peuvent pas imposer leur vision de ce que doit être la qualité de leur prestation. La prise en compte de la nature de l'intervention, du contexte et de la perception de chaque acteur est nécessaire pour pouvoir apprécier la qualité et l'améliorer.

Dans ce cadre, nous avons mené une étude qui s'est déroulée en deux temps.

Dans un premier temps, nous avons fait une étude bibliographique qui nous a permis :

- de comprendre le contexte (sociodémographique, politique, organisationnel,...) dans lequel se déroule l'intervention d'aide et de soins,
- de faire la synthèse de l'état des connaissances scientifiques sur la question de la qualité et sa mesure.

Dans un second temps, une étude empirique a été réalisée au sein de deux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD). Notre objectif était d'identifier et de préciser le contenu des différentes dimensions de la qualité de l'aide et de soins pour les personnes âgées vivant à domicile afin d'en définir sa mesure. A l'issue de notre recherche, un cadre conceptuel et méthodologique ainsi que des indicateurs de la qualité de l'aide et de soins à domicile sont proposés.

Concernant le contexte, c'est depuis les années 1960 que la politique sociale et socio-sanitaire a fait du soutien à domicile des personnes âgées sa priorité. Beaucoup d'efforts ont été

engagés dans ce domaine. Les publications de rapports, de lois, de plans quinquennaux et de mesures réglementaires témoignent de l'importance de ce problème inscrit à l'agenda politique.

L'augmentation de l'espérance de vie et les difficultés économiques imposent une discipline de rigueur et de rationnement des dépenses publiques dans ce domaine. S'ajoutent à cette réalité des problèmes organisationnels liés : au cloisonnement du secteur social et sanitaire, à la fragmentation des prestations, à l'éclatement des procédures de régulation, au manque d'intégration des services et au personnel insuffisamment qualifié pour prodiguer des soins de qualité aux personnes âgées ayant des incapacités dues aux maladies chroniques dont elles souffrent et à leur âge.

Malgré les efforts engagés dans ce secteur pour augmenter le nombre de prestataires de services d'aide à la personne et pour améliorer la solvabilité des personnes qui en ont besoin, les résultats restent insuffisants en matière de la qualité du service rendu.

Pour favoriser l'amélioration de la qualité, plusieurs mesures de régulation ont été mises en place. Il s'agit notamment de l'agrément qualité et l'autorisation conditionnant la prestation de services auprès des personnes âgées. D'autres démarches sont entreprises à titre facultatif à savoir : la certification et la labellisation des structures prestataires de services d'aide et de soins. Néanmoins, toutes ces initiatives ne garantissent pas la qualité du service rendu et ne permettent pas d'identifier les difficultés rencontrées sur le terrain pour l'améliorer. Beaucoup d'acteurs professionnels et les instances publiques comme la Direction Générale de la Santé (DGS) déplorent l'inefficience ou l'inadaptabilité de ces démarches.

Une démarche adaptée au contexte, permettant d'évaluer la qualité dans toutes ses dimensions est nécessaire. Elle devrait aboutir à des résultats reflétant la réalité de ces prestations, utilisables par les acteurs pour améliorer ces dernières. D'où l'importance de prendre en compte leurs perspectives et utiliser des outils de mesures valides, appropriés et fondés sur des connaissances scientifiques.

C'est pour cela que dans le cadre de cette étude, nous avons voulu savoir ce qu'il en est de l'état des connaissances concernant la mesure de la qualité de l'aide et de soins. Nous avons constaté que très peu d'études ont été réalisées dans le contexte du domicile pour mesurer la qualité de l'aide et de soins à domicile. Celles qui existent concernent le milieu institutionnel (les hôpitaux, les maisons de retraite). Elles ont souvent privilégié les méthodes quantitatives



ne permettant pas de prendre en compte la dimension non technique de la qualité des soins. La perception des personnes soignées est rarement prise en compte. C'est souvent des indicateurs de la qualité indirecte qui sont utilisés notamment ceux portant sur les événements indésirables. Parfois, certains concernent uniquement la qualité technique.

Cette approche n'est pas appropriée pour évaluer une intervention d'aide et de soins des personnes âgées vivant à domicile. Les services dont elles ont besoin relèvent non seulement des actes techniques mais encore davantage des actes relationnels favorisant le maintien de la santé, de la dignité de la personne et du bien-être de la personne. Les acteurs (personne aidée et son aidant) sont dans une relation que Watson nomme dans la théorie du caring la « *relation thérapeutique* ». Elle est dynamique, transformatrice et personnalisée.

C'est dans cette vision du caring que nous avons mené notre étude empirique au sein de deux SPASAD se trouvant à Paris. Le cadre conceptuel dit « *Quality-Caring Model* » de Duffy et Hoskins combinant l'approche de la qualité des soins de Donabedian et la théorie de *Human caring* de Watson nous a semblé intéressant comme cadre de référence pour notre étude du fait de la combinaison de ces deux conceptions. Nous avons choisi une étude de cas pour pouvoir saisir la complexité d'un service d'aide et de soins à domicile que nous considérons comme une intervention complexe ne consistant pas seulement à un simple acte de ménage. Les entretiens ont été réalisés auprès de personnes âgées, d'intervenants, et de gestionnaires. Un recueil des données sur les caractéristiques sociodémographiques et sur l'état de santé a été fait à l'aide de l'outil RAI/MDS-HC (Resident Assessment Instrument/ Minimum Data set-Home care). Nous avons pu ainsi décrire la population âgée interviewée et assurer la diversification interne dans ce groupe afin d'améliorer la validité de notre étude. Cette recherche nous a permis d'identifier les différentes dimensions de la qualité de l'aide et de soins à domicile.

Soixante-quatre entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès des acteurs, 35 sont effectués auprès des personnes âgées. Les résultats montrent que les acteurs ont une perception de ce qu'est la qualité d'un service d'aide et de soins dépassant largement la conception d'un acte ayant un simple objectif d'aider une personne âgée à accomplir des tâches domestiques ou administratives et des soins personnels. Des éléments liés à la structure, aux processus et aux résultats ont été identifiés comme critères d'un service de qualité. Au niveau des structures, ceux qui sont liés aux caractéristiques des intervenants ont été souvent évoqués. Il s'agit notamment des compétences des intervenants, de leur niveau d'implication dans

l'intervention, de leur gentillesse etc. Elles sont déterminantes lors de l'exécution d'une prestation d'aide jugée de bonne qualité. Elles sont importantes dans la relation interdépendante entre les acteurs plus particulièrement entre les personnes soignées et les intervenants.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le processus d'aide et de soins est souvent mal exploré. Dans ce rapport, nous revenons largement sur les détails des critères de la qualité à ce niveau. Nous avons identifié notamment :

- des critères de la qualité relevant de la relation interpersonnelle : la communication et l'écoute, le respect et la considération de la personne, l'implication des intervenants, l'attitude de l'intervenant
- ceux relevant de la relation collaborative : la continuité et l'aide globale, la réactivité
- et ceux qui concernent des procédures organo-cliniques et des résultats intermédiaires de production: la durée de l'intervention, la qualité organisationnelle, les bonnes pratiques favorisant la qualité comme l'élaboration des projets individualisés, l'utilisation des protocoles interdisciplinaires de suivi, de dépistage et de prévention.

Quant aux résultats, l'amélioration du confort physique et mental de la personne âgée, lui éviter l'hospitalisation, l'amélioration de son état de santé, la satisfaction des acteurs sont les éléments cités par les personnes interviewées.

Tous ces critères de la qualité que nous avons identifiés, qu'ils soient ceux qui relèvent de la structure, des processus ou des résultats sont interdépendants et les uns peuvent influencer les autres. D'où la nécessité d'avoir un système équilibré d'évaluation comprenant les trois champs structure-processus-résultats. Même si la mesure de la qualité indirecte permet d'avoir des indications sur la qualité de l'aide et de soins dispensés, une approche systémique privilégiant la mesure directe permet d'évaluer non seulement les déterminants ou les conséquences d'un service de qualité, mais aussi la qualité du service réellement rendu.

A l'aide des résultats de notre étude et des connaissances existantes, nous proposons une approche conceptuelle et méthodologique adaptée au contexte et aux spécificités d'un service d'aide et de soins à domicile. Elle prend en compte les perspectives de chaque acteur. Des indicateurs pour chaque dimension sont également proposés.

Elle s'inscrit dans un cadre global qui dépasse un simple jugement de conformité à une norme. Elle permet aux acteurs de comprendre et d'analyser les différentes compositions d'un processus de l'aide et des soins à domicile. Elle permettra l'utilisation des résultats obtenus lors d'une évaluation pour améliorer la qualité.

Enfin, malgré la complexité d'un service d'aide et de soins, la mesure de sa qualité est possible et souhaitable par les acteurs. Une approche évaluative adaptée au contexte, fondée sur la perception des acteurs permettrait de l'apprécier dans toutes ses dimensions. Selon les résultats de l'étude, la dimension non technique est déterminante pour une prestation d'aide de qualité auprès des personnes âgées. La poursuite des travaux de recherche et la collaboration des chercheurs avec des acteurs de terrain sont souhaitables pour développer davantage les connaissances dans ce domaine et favoriser l'amélioration de la qualité.

## **Liste des sigles utilisés**

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

AVQ : Activités de la vie quotidienne

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

CPS : Cognitive performance scale

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

DGS : Direction générale de la Santé

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

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

MiRe : MiRe : Mission Recherche

NQF : National quality forum

OASIS: Outcome and assessment information set

OCDE : Organisation de coopération et de développement Economiques

PSD : Prestation spécifique dépendance

RAI: Resident assessment instrument

SAAD : 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

## Introduction

Notre société est confrontée au défi posé par l'augmentation du nombre des personnes âgées ayant besoin d'aide pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. Elle se doit de pouvoir leur garantir un soutien à domicile de qualité. Ainsi, des efforts sont consentis pour le développement des services d'aide et d'accompagnement afin d'assurer le soutien à domicile, d'éviter le recours non justifié aux soins hospitaliers ou à l'institutionnalisation et de répondre à la demande des personnes âgées et de leur famille.

Ces services d'aide et d'accompagnement sont l'un des éléments importants du dispositif du soutien à domicile des personnes âgées. Bien que des efforts soient faits pour garantir la qualité des prestations, le secteur du soutien à domicile reste confronté à différents défis risquant de compromettre la qualité du service rendu : l'éclatement des procédures de régulation, la juxtaposition des dispositifs, la fragmentation et le cloisonnement des secteurs social et sanitaire (J.-C. Henrard, 2002), le manque d'intégration des services (Beland et al., 2006; Kodner, 2002), le problème du personnel en nombre insuffisant et souvent non formé à l'abord particulier de ces patients âgés (Ménard, 2008), l'hétérogénéité des prestations, la concurrence des entreprises privées lucratives, les modes de financement, etc.. Par ailleurs, les interventions d'aide et d'accompagnement à domicile sont réalisées souvent dans des conditions difficiles liées aux contraintes environnementales, à la diversité et à la complexité des situations sociales et sanitaires des personnes aidées, différentes les unes des autres, ainsi qu'à domicile.

Dans ce contexte, la qualité des interventions d'aide et d'accompagnement des personnes âgées vivant à domicile est un enjeu majeur, et en même temps un défi à relever, afin de garantir le soutien à domicile de qualité pour ces personnes. La nécessité d'évaluer et d'améliorer la qualité de ces interventions d'aide et d'accompagnement à domicile demande de disposer des connaissances scientifiques dans ce domaine (cadre conceptuel adapté, évaluations et analyse en fonction des différents acteurs). Les interventions produites par ces services sont par nature complexes et leur évaluation en terme de qualité nécessite de disposer d'indicateurs de qualité valides, fiables et acceptables. Pourtant, jusqu'à ce jour, très peu d'études se sont intéressées à cette question de l'évaluation de la qualité de l'aide et de l'accompagnement dans le contexte du domicile.

Pour mieux appréhender l'objet de notre recherche, il est primordial d'avoir une conception de l'aide la plus proche possible de ce qui est réalisé quotidiennement auprès des personnes. Par ailleurs, nous considérons au niveau populationnel, l'aide et l'accompagnement à domicile comme des actions de santé publique, au sens d'interventions visant à promouvoir la santé et le bien-être des personnes âgées et non simplement comme une réponse à la dépendance liée aux pathologies dont souffrent ces dernières. C'est ainsi que pour nous, un service d'aide devrait avoir comme objectif le prendre « *soin* »<sup>1</sup> pour la santé et le bien-être « *Care for health and wellness* » de la personne âgée (Patistea, 1999).

En effet, l'aide ne doit pas être conçue simplement comme un acte technique qui ne sert qu'à répondre à l'incapacité physique de la personne aidée. C'est aussi un acte relationnel qui vise à favoriser le maintien de la santé, la dignité et le bien-être de la personne (Cara, 2010; Watson, 2006b). Selon Bernard Ennuyer, « *La relation d'aide, c'est d'abord la rencontre de deux personnes, de la reconnaissance mutuelle de leur capacité de sujet. C'est aussi pour celui qui vient aider, le respect de l'autre, dans sa liberté de mener sa vie comme il l'a choisie* » (Ennuyer, 2002). Dans cette perspective, l'approche du *caring* développé par les auteurs nord-américains avec sa dimension humaine et relationnelle pour prendre soin d'une personne dans sa globalité (Cara, 2010; Watson, 2006b), nous permet de saisir ce que doivent être l'aide et l'accompagnement de qualité. A notre connaissance, cette approche n'a jamais été utilisée pour les études cherchant à évaluer la qualité de l'aide aux personnes âgées vivant à domicile. Etant donné sa richesse, nous la suggérons comme toile de fond de notre étude et elle nous permettra de mettre l'accent sur la dimension non technique de la qualité de l'aide et de l'accompagnement de la personne âgée, dimension souvent omise car difficile à mesurer.

L'objectif principal de cette étude est d'identifier et de préciser les différentes dimensions de la qualité de l'aide et de l'accompagnement de personnes âgées à domicile en tenant compte des différents acteurs dont la personne âgée elle-même afin d'en définir sa mesure. Cette étude a donc comme objectifs spécifiques :

- D'établir un modèle conceptuel pour l'évaluation de la qualité de l'aide adapté au contexte du domicile, à partir des données empiriques et scientifiques.
- D'identifier les indicateurs pertinents de l'évaluation de la qualité d'une intervention d'aide et d'accompagnement des personnes âgées vivant à domicile.

---

<sup>1</sup> La notion de « soins » doit être comprise dans une vision plus large et dépassant les seuls soins médicaux à visée curatives

Pour atteindre ces objectifs, notre recherche s'est déroulée en deux temps :

- Dans un premier temps, nous avons voulu nous saisir de la notion de qualité comme d'un concept central, complexe et multidimensionnel. Pour cela, nous avons effectué une revue de la littérature sur ce thème, afin d'identifier les différentes approches conceptuelles, méthodologiques et les indicateurs d'évaluation existants.
- Dans un second temps, nous avons réalisé une étude synthétique de cas multiples dans deux services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) se trouvant à Paris. A la demande d'un de ces services nous respecterons leur anonymat. Ils apparaîtront dans la suite de ce rapport sous le nom de SPASAD 1 et SPASAD 2.

Cette recherche porte exclusivement sur les prestations professionnelles d'aide et soins et ne concerne donc pas l'aide informelle. L'aide apportée par ces prestations professionnelles (aide formelle) consiste principalement à l'accompagnement des personnes pour la réalisation des activités de la vie quotidienne (soins personnels, tâches domestiques et tâches administratives), à la surveillance et au soutien socio-psychologique. Notre recherche empirique s'est particulièrement portée sur tout ce qui relève de la pratique « clinique » d'aide et d'accompagnement des personnes âgées vivant à domicile et non sur les aspects organisationnels et institutionnels de ces services.

La première partie du rapport reprend les données du contexte systémique dans lequel se situe notre travail avec un bref rappel des politiques sociales et médico-social du secteur d'aide et de soins auprès des personnes âgées en France, son organisation ainsi que des dispositifs actuels visant à garantir la qualité de prestations dans ce secteur.

La seconde partie du rapport porte notre regard sur la nature de l'intervention d'aide et d'accompagnement dans le contexte du domicile et sur son implication sur la qualité du service rendu. Nous exposerons la notion de la qualité et les différentes approches de sa mesure.

Dans la troisième partie, nous présenterons la méthodologie et les résultats de l'étude empirique réalisée au sein de deux structures SPASAD dans le but d'identifier la perception de la qualité de l'aide et de l'accompagnement des différents acteurs.

Et enfin, nous proposerons une adaptation d'un cadre conceptuel et des indicateurs permettant la mesure de la qualité de l'aide et soin dans le contexte du domicile.

## Partie 1. Contexte et état de la question

### 1.1 Situation sociodémographique actuelle

L'espérance de vie est en constante progression dans tous les pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques). En France, la population âgée de plus de 80 ans a plus que doublé entre 1960 et 2010 passant de 2% à 5,2 (Eurostat, 2011; Organisation de Coopération et de Développement Economiques, 2003). Selon les prévisions de l'INSEE (institut national de la statistique et des études économiques), en France le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus devrait passer à 22,3 millions d'ici 2060 soit une augmentation de 80% par rapport au nombre actuel qui est de 12,6 millions. Un tiers de la population résidant en France métropolitaine aura 60 ans ou plus en 2035 contre 20,8 % en 2005 (Robert-Bobel, 2006). En 2010, le nombre de centenaires s'élevait à 15000, un centenaire sur deux vit à domicile (Blanpain, 2010). La majorité des personnes âgées vivent à leur domicile et veulent y rester. Les services d'aide et d'accompagnement sont l'un des éléments importants du dispositif du soutien à domicile de ces personnes âgées.

Cet accroissement de la population âgée s'accompagne de l'augmentation des incapacités qui résultent à la fois aux maladies chroniques liées à l'âge et à la sénescence (Ankri, 2006; J. C. Henrard & Ankri, 1999). Cela entraîne plus des demandes en matière d'aide et soin pour ces personnes qui vivent de plus en plus longtemps. L'espérance de vie à 60 ans en 2010 de 22,4 ans pour les hommes et de 27,2 ans pour les femmes (Pla & Beaumel, 2011). Cependant, actuellement la tendance de l'espérance de vie sans incapacité en France serait moins favorable (Sieurin, Cambois, & J.M., 2011). Ainsi, les services d'aide et d'accompagnement interviennent plus longtemps, auprès des personnes de plus en plus dépendantes. En France, 64 % des personnes âgées dépendantes vivent à domicile (Colin & Coutton, 2000). Elles présentent souvent des maladies chroniques somatiques et mentales, des épisodes de maladies aiguës et les incapacités fonctionnelles (Beland et al., 2008). Elles ont donc besoin d'avoir recourt aux services de « *soin* » (services de soins médicaux, services d'aide et d'accompagnement) à domicile. Selon les chiffres de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), le nombre des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)<sup>2</sup> est passé de 865.000 bénéficiaires en 2004 à 1.199.000 bénéficiaires au 31 décembre 2011.

---

<sup>2</sup> APA est attribuée selon le degré de dépendances des bénéficiaires (voir l'encadré n°1)



## 1.2 La politique sociale et médico-sociale du soutien à domicile en France

Depuis 1960, une politique sociale et médico-sociale centrée sur le soutien à domicile et le maintien d'activités a vu le jour suite à la nouvelle conception de la vieillesse centrée sur l'autonomie et à la participation à la vie sociale (J.-C. Henrard, 1997). Avec la publication du rapport Laroque en 1962 portant sur la politique de la vieillesse, le soutien à domicile est devenu l'une des priorités de la politique sociale menée en direction des personnes âgées en France. Le nombre de publications de lois, de mesures d'ordre réglementaires, de rapports et de plans portant sur ce sujet témoigne de l'engouement des politiques et des enjeux du soutien à domicile des personnes âgées. Nous évoquons quelques exemples des rapports et des plans dans l'encadré n°1.

A partir des années 80, dans un contexte d'accélération du vieillissement de la population âgée et de raréfaction des ressources de protection sociale, cette politique poursuit simultanément deux objectifs : celui de permettre aux personnes âgées de demeurer chez elles et celui de soutenir l'insertion des personnes peu ou pas du tout qualifiées sur le marché du travail, en leur permettant d'accéder au marché de l'emploi via le travail d'aide à domicile. Ce deuxième objectif semble prévaloir au premier (Devettier, Jany-Catrice, & Ribault, 2009). Les politiques d'accompagnement des personnes âgées dépendantes vivant à leur domicile sont affichées comme une priorité des politiques en France comme partout ailleurs dans les pays de l'OCDE. Pourtant, elle se heurte à de nombreuses difficultés notamment une régulation lacunaire du secteur, un éclatement des procédures (Cour des Comptes, 2005), une recherche difficile de la maîtrise des dépenses sociales, etc.. Cette politique sociale cherche à favoriser le soutien à domicile des personnes âgées.

Avec la crise de l'emploi, des mesures de lutte contre le chômage et l'exclusion ont été développées. Plusieurs efforts ont été consentis en faveur du développement du secteur d'aide à domicile, à travers les différentes politiques qui favorisent le développement de l'emploi par l'incitation fiscale et sociale notamment par la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne (Ministère de l'emploi du travail et de la cohésion sociale, 2005), en facilitant la création de nouveaux services par la simplification des procédures d'agrément et d'autorisation et en augmentant la solvabilité de la demande par les différentes prestations sociales notamment la Prestation Spécifique Dépendance (PSD) instaurée par la Loi du 24 janvier 1997 et l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) mise

en place en 2002. Par cette allocation, les personnes âgées dépendantes ont droit à un montant entre 530 et 1 235 € selon le degré de dépendance (voir l'encadré n°2), et le plan d'aide moyen en 2011 était estimé à 482 euros par mois. Selon l'enquête de la DREES, au 31 mars 2011 le nombre des bénéficiaires de l'APA était estimé à 1203000. 733 000 personnes âgées ont directement perçu l'APA à domicile (DREES, 2011). Les bénéficiaires de la PSD au moment de la mise en place de l'APA n'étaient que 150000 tous secteurs confondus (le domicile et l'institution). Bien que la PSD soit concernée par le recouvrement sur la succession des sommes versées, ce nombre de bénéficiaires de l'APA témoigne d'une forte augmentation de la demande et de l'offre dans le secteur de l'aide à domicile.

**Encadré n°1 :** Quelques exemples des rapports et des plans relatifs à la politique du soutien à domicile des personnes âgées en France depuis les années 60.

### 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

**Encadré n°1** (suite)**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 n° 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<sup>ère</sup> Plan de développement des services à la personne

**2006** : 1<sup>er</sup> 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 bientraitance et de renforcement de la lutte contre la maltraitance

**2007** : Plan National Bien Vieillir (2007-201)

**2009** : 2<sup>ème</sup> Plan de développement des services à la personne

Source : Centre de documentation FNG/CLEIRPPA

Malgré la nécessité de cette politique de soutien à domicile, elle est jugée coûteuse au regard de ses résultats et la confusion demeure entre les deux objectifs poursuivis par les pouvoirs publics (Cour des Comptes, 2010). Ces deux objectifs semblent contradictoires entre la nécessité absolue de la création d'emplois et l'amélioration de la qualité des prestations. Selon le rapport l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2009 sur les conditions de la qualité des services d'aide à domicile pour les personnes âgées, la politique fiscale menée à ce jour reste « *indifférente à la qualité* » (Roussille, Strohl, & Raymond, 2009). Le secteur de l'aide à domicile, qui était en grande partie tenu par les associations à but non lucratif, est soumis actuellement à de fortes pressions concurrentielles liées au développement d'un grand nombre de nouveaux services privés lucratifs depuis la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne. En outre, le dispositif de financement et de la tarification du secteur de l'aide et de soins à domicile n'est pas corrélé aux besoins des personnes soignées ni au contenu de la prestation. Une part financière importante reste à la charge des bénéficiaires de l'APA vivant à domicile (Cour des Comptes, 2005).

Par ailleurs, les services d'aide et d'accompagnement sont financés soit par le département dans le cadre des dispositifs d'aide sociale départementale soit par les caisses de retraites notamment la Caisse nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés (CNAVTS), soit par l'assurance maladie si l'aide requise est considérée comme un acte de soins médicaux, comme par exemple l'aide à la toilette prescrite par le médecin.

## Encadré n°2 L'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

L'APA a été mise en place par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées (Légifrance, 2012).

L'article L232-1 du code de l'action sociale et des familles stipule que : « *Toute personne âgée résidant en France qui se trouve dans l'incapacité d'assumer les conséquences du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental a droit à une allocation personnalisée d'autonomie permettant une prise en charge adaptée à ses besoins.*

*Cette allocation, définie dans des conditions identiques sur l'ensemble du territoire national, est destinée aux personnes qui, nonobstant les soins qu'elles sont susceptibles de recevoir, ont besoin d'une aide pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie ou dont l'état nécessite une surveillance régulière »*

Décidé par le président du conseil général, cette l'allocation est versée aux personnes vivant à domicile ou en institution. Trois paramètres sont pris en compte pour calculer le montant de cette allocation :

1° Les besoins relevés par le plan d'aide établi par l'équipe médico-sociale départementale chargée d'évaluer le degré de perte d'autonomie du demandeur de l'APA.

2° La nature des aides dont a besoin et qui sont nécessaires pour le demandeur

3° Les ressources du demandeur sont prises en comptes lors du calcul du montant à attribuer au bénéficiaire, certaines des ressources sont exclues du calcul.

L'allocation sert à rémunérer l'aide à domicile, paiement de services rendus par des accueillants familiaux agréés, payer les frais de transports etc.

L'allocation est versée au bénéficiaire en cas d'un recrutement direct d'une personne qui aide la personne à domicile ou en cas de services rendus par un membre de la famille sauf pour son conjoint, concubin ou personne liée par un Pacs. L'allocation peut servir aussi pour payer le transport etc. En cas de prestation de service par un service agréé, l'allocation est versée directement à l'organisme prestataire en accord avec le bénéficiaire.

Le recours à l'utilisation des chèques emploi service universel (CESU) est possible pour les bénéficiaires de l'APA.

### Les conditions pour l'attribution de l'APA :

- Personnes âgées de 60 ans ou plus
- Avoir besoin d'une aide pour l'accomplissement des activités essentielles de la vie quotidienne ou nécessitant une surveillance régulière à cause du manque ou de la perte d'autonomie liés à son état physique ou mental
- Résider de façon stable et régulière en France. Pour les étrangers, ils doivent être en séjour régulier en France

Le montant mensuel maximum dépend du niveau de la dépendance : il est de 1 261,60€ pour les personnes en GIR1, de 1 081,37€ pour le GIR 2; de 811,03€ pour le GIR 3 et, de 540,69€ pour le GIR 4. Le montant minimum étant de 27,66 €. En-deçà de ce montant, l'allocation n'est pas versée. (Somme en vigueur depuis le 1 Avril 2011, chaque année cette somme est revalorisée en fonction de l'indice des prix).

Une certaine somme du montant total des dépenses de la prise en charge reste à la charge du bénéficiaire de l'aide "ticket modérateur", sauf si ses revenus sont inférieurs à 710,31 € par mois.

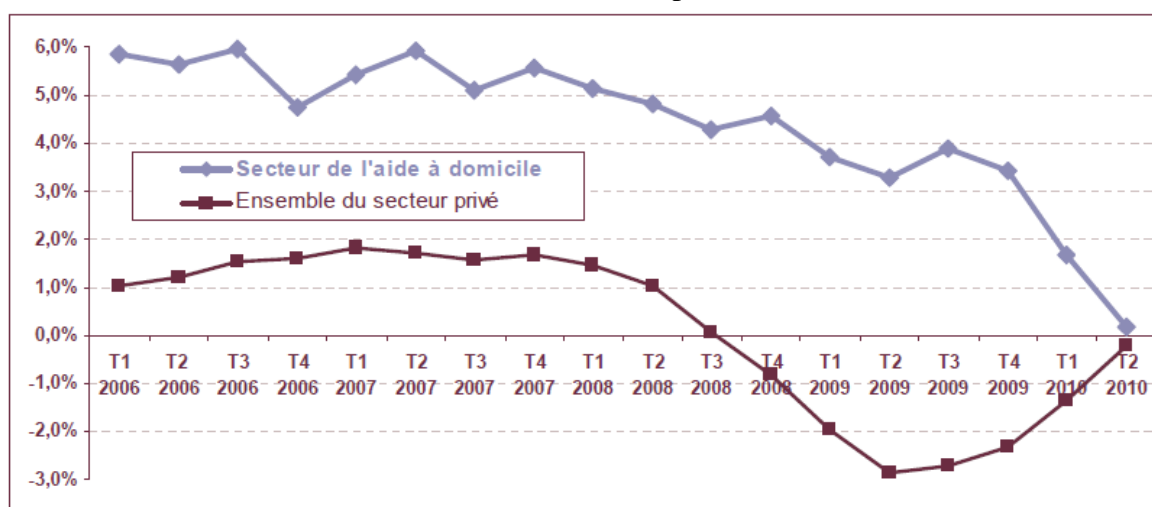
### Classement des personnes âgées en perte d'autonomie selon la grille AGGIR (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources) (COUTTON, 2001)

- 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'habillage.
- GIR 5 : les personnes âgées ayant seulement besoin d'une aide ponctuelle pour la toilette et l'habillage.
- GIR 6 : les personnes âgées n'ayant pas perdu leur autonomie pour les actes essentiels de la vie courante

### 1.3 L'organisation des services d'aide et d'accompagnement pour les personnes âgées en France

Le service du soutien à domicile en France est assuré par des associations sans but lucratif, des services publics notamment le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ou des sociétés privées (Cour des Comptes, 2005), tous de tailles différentes allant d'une dizaine à une centaine de salariés. Au total, on dénombre plus d'un demi-million d'intervenants au domicile des personnes ayant besoin d'aide dans l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne. Leurs interventions se font en très grande majorité auprès des personnes âgées, 84% selon l'étude de la DRESS (Marquier, 2010a). La majorité des interventions était assurée par le secteur associatif. Comme nous l'avons évoqué plus haut, depuis la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne, ce secteur est soumis à de fortes pressions concurrentielles liées au développement d'un grand nombre de nouveaux services privés, d'où l'évolution décroissante des services des associations par rapport aux services privés comme le montre le diagramme ci-dessous (Bazin, Guyonvarch, Falinower, & Malet, 2011).

**Diagramme 1 :** Evolution conjoncturelle de l'emploi dans les associations d'aide à domicile et dans le secteur privé.



Sources : ACOSS-URSSAF, Traitement R&S.

### 1.4 Modes d'intervention

Il existe plusieurs modes d'intervention des services d'aide et d'accompagnement :

*Le mode Mandataire :* La personne âgée est l'employeur avec responsabilité entière de l'employeur comme dans l'emploi direct, 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.

*Le mode Prestataire :* L'organisme agréé est l'employeur du personnel qui intervient à domicile et il assure toutes les responsabilités de l'employeur.

*Le mode prêt de main d'œuvre autorisé :* l'intervenant est salarié de la structure mais il est mis à la disposition du client qui exerce par délégation certaines responsabilités de l'employeur relatives aux conditions de travail.

Il peut y avoir d'autres modes d'intervention d'aide et d'accompagnement qui ne nécessitent pas l'intermédiaire d'une structure agréée à savoir :

- Le mode dit de *gré à gré*, il s'agit de l'emploi direct, la personne âgée assume l'ensemble des responsabilités et obligations. Souvent, ces emplois ne font pas l'objet de déclaration ni de contrôle.
- L'aidant familial et l'aidant naturel évoqués successivement à l'article R245-7 du Code de l'action sociale et des familles et l'article L1111-6-1 du Code de la santé publique. Ils peuvent intervenir pour l'aide et l'accompagnement de la personne âgée en perte d'autonomie. Il peut s'agir d'un membre de la famille (un conjoint, un enfant,...), d'un ami ou d'un voisin.

Dans le dispositif du soutien à domicile, les services d'aide à domicile (SAD) sont parmi les structures les plus anciennes dans ce secteur. Ils se sont développés après la seconde guerre mondiale. Leur développement a été intensifié depuis la loi n°75-535 du 30 juin 1975 relatives aux institutions sociales et médico-sociales (Loubat, 2002), et après en 1987 suite aux mesures de la politique de l'emploi (Dutheil, 2000). Ces services relèvent du secteur social. Dans les années 80, 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. Actuellement les SSIAD interviennent aussi auprès des personnes de moins de 60 ans présentant un handicap ou une maladie chronique. Ils étaient au nombre de 2095 en 2008. Ils dispensent auprès de leurs clients (98000 personnes au 31 décembre 2008) des soins infirmiers et d'hygiène générale, des aides pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne (Bertrand, 2010). Depuis 2004, la réglementation incite la création des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (SPASAD) par le décret n°2004-613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers à

domicile, des services d'aide et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Ministère de la santé et de la protection sociale, 2004). Les SPASAD assurent à la fois les missions d'un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et celles d'un service d'aide à domicile (SAAD).

## **1.5 Régulation de l'offre dans le secteur du domicile en France**

Dans le contexte des besoins croissants et évolutifs dans leur nature, l'aide et l'accompagnement des personnes âgées constituent un enjeu de santé publique et leur régulation devient un défi pour les pouvoirs publics qui doivent garantir une offre de qualité.

La loi de décentralisation de 2004 confie aux départements une mission générale de coordination de la politique du soutien au domicile, ce qui n'est pas facile dans un contexte de cloisonnement des secteurs avec des financements qui relèvent d'un côté du secteur social et de l'autre côté du secteur de soins de santé, avec chaque fois une réglementation spécifique. Il est difficile de se retrouver dans l'ensemble des différentes mesures et réglementations qui sont disparates entre le code du travail et le code de l'action sociale, du secteur social et du secteur sanitaire avec des aides qui peuvent être en nature ou en espèces.

Le service d'aide à domicile a été solvabilisé par les sources de financement de l'Etat, des collectivités locales et des caisses de sécurité sociale (J. C. Henrard, 2012). En même temps, les pouvoirs publics ont mis en place la régulation de l'offre à travers les différentes réglementations et la reconnaissance des différentes formes de service. Dans ce paysage de régulation, trois régimes coexistent à savoir l'agrément simple, l'agrément qualité et l'autorisation.

Selon la nature des services ou du public visé, les exigences en matière de régulation diffèrent. A propos des services auprès des personnes âgées ayant besoin de l'aide pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne, l'agrément qualité est obligatoire. Quant à l'agrément simple, il est facultatif et il concerne tout prestataire intervenant auprès des publics autres que ceux qui sont concernés par l'agrément qualité. L'agrément ouvre droit aux avantages sociaux et fiscaux.

### **1.5.1 L'agrément simple**

L'agrément simple est délivré par le préfet du département du lieu du siège social par le biais des services de la direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation



professionnelle (DDTEFP). Il est valable pour une durée de cinq ans. Il concerne l'ensemble des services à la personne quelle que soit leur mode d'intervention en tant que prestataire, mandataire ou prêt de main d'œuvre et selon le statut juridique : association, service public et entreprises privées. Il est valable sur le territoire national.

L'agrément simple est facultatif, il ne conditionne pas l'exercice de l'activité de l'aide à la personne, en revanche il ouvre droit aux avantages fiscaux et sociaux comme les exonérations des cotisations d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales pour les salaires du personnel des organismes agréés, du taux réduit de la TVA pour les organismes et la réduction d'impôt, le paiement au moyen du chèque emploi service universel (CESU) préfinancé pour les bénéficiaires. Les services à la personne concernés par l'agrément simple sont décrits par le décret n° 2005-1698 du 29 décembre 2005.

### 1.5.2 L'agrément qualité

L'agrément qualité est obligatoire pour les organismes qui interviennent auprès des personnes dites vulnérables<sup>3</sup>. Leur activité recouvre notamment « l'accompagnement et l'aide aux personnes dans les actes essentiels de la vie quotidienne (aide à la mobilité et aux déplacements, à la toilette, à l'habillage, à l'alimentation, aux fonctions d'élimination, garde-malade etc.), elle fait partie des prestations concernées par l'agrément qualité.

L'arrêt du 24 novembre 2005 fixe le cahier des charges pour l'obtention de l'agrément qualité, et sa délivrance est subordonnée au respect de ce cahier des charges qui permet un minimum de garanti pour les bénéficiaires d'avoir un service de qualité comme par exemple le niveau de qualification du personnel intervenant qui est l'une des principales exigences de cet agrément (voir encadré n°3). L'organisme peut satisfaire seul à ses exigences mais il est prévu qu'il peut s'associer à d'autres organismes qui sont agréés ou autorisés pour les satisfaire. Dans ce cas, ces organismes doivent conclure les conventions de partenariat afin de garantir l'offre de soin de qualité et continue.

---

<sup>3</sup> - Selon l'article L7232-1 du code du travail, toute personne morale ou entreprise individuelle qui exerce : « La garde d'enfants au-dessous d'une limite d'âge fixée par arrêté conjoint du ministre de l'emploi et du ministre chargé de la famille » et les activités relevant du 2° de l'article L. 7231-1 du code du travail : « L'assistance aux personnes âgées, aux personnes handicapées ou aux autres personnes qui ont besoin d'une aide personnelle à leur domicile ou d'une aide à la mobilité dans l'environnement de proximité favorisant leur maintien à domicile » est soumise à agrément délivré par l'autorité compétente suivant des critères de qualité.



L'agrément qualité est délivré par le Préfet du département du lieu du siège social par le biais des services de la direction départementale du travail, de l'emploi, et de la formation professionnelle (DDTEFP), qui sont actuellement inclus au sein des Directions régionales des entreprises de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) créées en 2010, par le décret n° 2009-1377 du 10 novembre 2009. *Il est soumis à l'avis du conseil général et il a une portée départementale alors que l'agrément simple est valable sur l'ensemble du territoire national. Dans le cas d'un organisme possédant plusieurs établissements se trouvant dans plusieurs départements, les services de la DDTEFP du siège social du lieu d'implantation recueillent les avis du président du Conseil général de chaque département d'implantation.*

### 1.5.3 L'autorisation

La loi du 2 janvier 2002 concernant la rénovation de l'action sociale et médico-sociale instaure le régime d'autorisation obligatoire pour les services prestataires. L'autorisation ne concerne que les services prestataires d'aide à la personne, publics et privés. Elle 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 une durée de 15 ans. Pour favoriser le développement des services à la personne, dans le cadre du plan Borloo, la réglementation de l'activité de l'aide à domicile a été assouplie et simplifiée : les structures ont le choix entre la demande de l'agrément et l'autorisation. L'autorisation vaut l'agrément qualité. C'est par l'ordonnance du 1er décembre 2005 qu'il a été institué un droit d'option prévu par l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles, en faveur des structures auparavant soumises aux obligations liées à l'autorisation. Il s'agit des organismes qui relèvent à la fois du champ des établissements et services sociaux et médico-sociaux et celui de l'agrément des services à la personne. Les services prestataires d'aide et d'accompagnement à domicile aux personnes âgées faisant partie de ces services sont concernés par ce droit d'option. Ils sont soumis à des obligations communes avec les autres services et certains leurs sont propres.

L'agrément qualité obtenu par équivalence est limité au département où a été délivrée l'autorisation. Sinon l'organisme doit présenter un dossier pour la demande de l'agrément qualité auprès de la DDREFP, de même s'il envisage exercer une activité mandataire car l'autorisation ne concerne que les activités prestataires. En plus de l'agrément simple ou agrément qualité, les organismes disposant de plusieurs établissements doivent disposer d'une

charte de qualité interne à laquelle les établissements sont tenus d'adhérer. La mise en place effective de cette charte fait l'objet d'une évaluation.

**Encadré n°3 :** Les éléments du cahier des charges définis par l'arrêté du 24 novembre 2005

- 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

#### 1.5.4 L'évaluation

L'évaluation interne des organismes prestataires pour l'aide et l'accompagnement des personnes âgées est une obligation légale relevant de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles. Elle est réalisée tous les cinq ans par les services eux-mêmes. C'est une démarche autonome, difficile à mettre en place dans le contexte de pénurie du personnel avec des gestionnaires en nombre limité qui ont du mal à avoir le temps pour l'encadrement des équipes, le suivi à domicile et la gestion des affaires aux quotidiens. Les organismes autorisés procèdent par ailleurs à l'évaluation externe deux fois pendant la durée de leur autorisation.

Pour faciliter les organismes à réaliser leur évaluation interne, L'agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) créée en 2007 a publié en 2008 le guide de l'évaluation interne pour les établissements et services sociaux. Etant donné que ces guides restent généralistes, les acteurs ont du mal en s'en approprier et l'utilisation des résultats pour l'amélioration de la qualité du service rendu n'est pas au rendez-vous, ce d'autant plus qu'ils considèrent ces évaluations comme une contrainte administrative, et non une démarche qui leur permet d'améliorer la qualité de leur pratique.

Les services d'aide et d'accompagnement concernés par le droit d'option et ayant opté l'agrément qualité, sont dispensés de l'obligation, prévue par l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, de procéder à l'évaluation interne car cette dernière est comprise dans les dispositions du cahier des charges pour l'agrément qualité. Cependant, ils ont une obligation de procéder à l'évaluation externe de leurs activités et de la qualité des

prestations qu'ils délivrent tous les 5 ans. Cette évaluation est effectuée par un organisme extérieur habilité sur la base d'un cahier des charges fixée par le décret. Les résultats de l'évaluation externe conditionnent le renouvellement de l'autorisation ou de l'agrément.

Depuis janvier 2011, la certification dispense de l'évaluation externe sous certaines conditions.

### 1.5.5 La certification

Dans un contexte concurrentiel grandissant, en plus de l'obligation réglementaire, les services ont recours à la certification faite par les organismes privés ou à la labélisation proposée par les fédérations des services à la personne et parfois aux deux procédures. Ces démarches sont faites souvent dans un but marketing afin de prouver à leurs « clients » que leurs prestations sont de qualité. Néanmoins, leurs coûts en termes de moyens financier et humain ne sont pas moindres. Selon le rapport de l'IGAS, la procédure de certification est coûteuse (plus de 70000 euros) et n'est pas efficiente (Roussille, et al., 2009). D'ailleurs, certains d'entre eux n'y voient qu'une fastidieuse procédure administrative, sans en retirer un bénéfice propre pour l'amélioration de la qualité de leurs prestations.

La certification dont l'organisme certificateur est garant, est une démarche volontaire permettant d'attester la conformité des procédures de production par rapport à un référentiel. Ces référentiels sont établis par les organismes privés qui assurent la promotion et la vérification de conformité du service à une des normes (ou référentiel) ci-dessous : la norme NF « service aux personnes à domicile », le référentiel Qualcert SAP, le référentiel QUALISAP, tous s'appliquent aux trois modes d'intervention prestataires, mandataires et prêt de main d'œuvre.

Il s'agit de normes fixant des spécifications ou indiquant des recommandations (Detolle, 2001), chacun essaie de s'y conformer selon sa propre organisation, sa taille et ses moyens.

Il s'agit d'une culture venant du monde de l'industrie considérant par postulat que tout client est informé et apte de faire valoir son choix. Or, il est fort à constater qu'au domicile, certaines personnes âgées sont mal informées ou ne se sentent pas en droit de réclamer quelque chose car elles jugent qu'elles sont privilégiées au regard de leurs aînés. Par ailleurs, certains auteurs estiment que la conception de la qualité ne doit pas servir qu'à la personne aidée seulement, mais aussi aux professionnels et au système social, d'où la nécessité d'avoir une conception plus globale et qui prend en compte ces trois domaines.

## 1.6 Conclusion

Loin de faire le tour de tous les dispositifs encadrant les services d'aides à domicile, ce qui n'est pas l'objet de notre recherche, il était important de montrer la complexité de ce secteur quant à sa régulation, son financement et son contrôle.

Cette complexité législative et réglementaire se retrouve également au niveau de l'organisation sur le terrain entre les besoins de la personne âgée et les moyens dont disposent les organismes pour agir (moyens humains, matériels et légaux). Les gestionnaires sont obligés « *de bricoler* » selon leur terme pour apporter une réponse aux problèmes des personnes dépendantes et des intervenants.

Dans ce contexte, le modèle d'évaluation normative aura du mal à saisir la nature de ces interventions pour en apprécier leur qualité. Le rapport de l'IGAS cité ci-haut souligne des approches souvent procédurales, avec des coûts très élevés. Selon le même rapport, les procédures existantes d'évaluation et de certification sont plus ou moins adaptées (Roussille, et al., 2009), il s'agit de contrôles de conformité des procédures administratives.

Par manque de standardisation des procédures de contrôle, chacun essaie de s'approprier des recommandations en fonction de ses intérêts et de ses moyens. Cela rend difficile l'appréciation de la qualité, le suivi de son amélioration et la comparaison d'une structure à l'autre.

Dans le contexte que nous venons d'exposer, nous constatons que la problématique de la qualité de l'aide et de l'accompagnement à domicile des personnes âgées est difficile à appréhender. L'appréciation de la qualité du service rendu reste loin d'être faite. Une démarche plus analytique dans le sens d'une recherche évaluative avec des indicateurs valides et acceptables permettrait de saisir toute la complexité d'une intervention d'aide afin d'apprécier sa qualité. Les résultats de l'évaluation devraient nourrir la démarche qualité interne du service ou de l'établissement, ce qui est loin d'être le cas actuellement.

Pour cela il faut bien comprendre l'intervention à évaluer, les buts de chacun et disposer d'un cadre conceptuel global et intégré permettant de saisir toutes les dimensions de la qualité d'une intervention d'aide et de soins et de sa spécifique par rapport au contexte du domicile. Ce qui permettra de déterminer des indicateurs valides fiables, faisables et acceptables.

## Partie 2. État des connaissances

### 2.1 Définition des concepts majeurs et cible de la recherche

Etant donné la polysémie souvent retrouvée des termes utilisés dans la littérature sans que les auteurs en spécifient le construit de ces derniers, il nous a semblé utile de préciser quel sens nous donnerons aux termes utilisés dans ce rapport. Il ne s'agira pas néanmoins ici d'une présentation d'ordre conceptuelle ou épistémologique.

#### Maintien ou soutien à domicile

Ces deux termes sont complémentaires et l'un suppose l'autre. Ennuyer explique que le maintien à domicile concerne la volonté de la personne de se maintenir chez soi, suppose des mesures de soutien à ceux qui le souhaitent (Ennuyer, 2006) et dont leur état de santé le permet. Cependant, le terme de maintien à domicile peut être mal vu par ceux qui doutent de leur utilisation dénuée de choix de la part de la personne âgée. Dans ce rapport, nous utiliserons le terme « soutien » pour désigner les services d'aide et de soins permettant l'accompagnement de la personne qui veut rester chez soi.

#### Soins :

Dans la langue française le mot soin peut avoir plusieurs assertions qui ont évolué au cours du temps et en fonction de son utilisation. Il apparaît comme « se soucier de, s'intéresser à » mais aussi renvoie à la notion de besoin et de nécessité. Avoir soin de quelqu'un au 17ème siècle a perdu son sens de « s'inquiéter de ». Avoir soin de quelqu'un, prendre soin de quelqu'un ou de quelque chose s'est à la même époque « s'occuper du bien être de quelqu'un, du bon état de quelque chose ». Puis il s'emploie dans le domaine de la médecine ou l'expression « donner des soins » apparaît. Ici les soins deviennent des actes et pratiques par lesquels on conserve ou on rétablit la santé. Mais le terme était utilisé également dans le domaine de la galanterie dont il nous est resté « être aux petit soins » mais aussi dans le domaine du physique ou une personne soignée correspond aux actes de soins par lesquels on donne à son corps une apparence nette et avenante. Selon le dictionnaire Larousse, le terme « soins » veut dire « *actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un* ». Le terme est depuis largement utilisé dans le domaine sanitaire et certains considèrent qu'il s'agit de « *l'action et les moyens permettant de prévenir ou de guérir une maladie* ». La langue anglaise est plus précise car elle utilise deux mots que nous traduisons par soins : le « *care* » qui renvoie à l'attention portée, à l'inquiétude, la préoccupation et s'adresse aux soins non médicaux et le *cure* qui renvoie à

guérison, remède et s'adresse aux soins uniquement médicaux. Ici nous utiliserons le terme **soins** dans une vision dépassant le *Cure* tout en l'incluant une dimension sociale et une conception globale et personnalisée de la personne soignée, pour tendre vers le *Care*.

Comme notre projet s'inscrit dans une perspective de santé publique, nous avons choisi de considérer la santé dans sa conception permettant de tenir compte de tous ses déterminants (Evans, Barer, & Marmor, 1996). Ainsi, tout au long de ce travail, nous considérerons la santé comme une ressource de la vie quotidienne et adopteront la conception positive de la santé.

#### Soins formels :

Selon l'OCDE, les soins formels sont « *tous les services de soins fournis dans le cadre de la régulation du travail officielle, par exemple dans le cadre de service par du personnel rémunéré sous contrat déclaré à la sécurité sociale* » (Colombo, Llana-nozal, Mercier, & Tjadens, 2011)

#### Soins de longue durée (SLD) :

« *Ensemble des services nécessaires aux personnes qui, en raison d'une réduction de leurs capacités fonctionnelles physiques ou cognitives, sont, pendant une période prolongée, dépendante d'une aide extérieure pour l'accomplissement des AVQ* » (Colombo, et al., 2011)

#### Soins à domicile :

Les soins à domicile ont deux volets : soutien à domicile et soins de santé à domicile.

#### Soutien à domicile (ou aide à domicile) :

Selon l'Office québécois de la langue française, « *l'aide à domicile* » est synonyme de « *soutien à domicile* » ou « *maintien à domicile* ». Il s'agit des « *Services offerts à des personnes désirant demeurer chez elles malgré certaines incapacités, et consistant à la préparation de repas et autres tâches ménagères, à des soins d'hygiène, à l'achat de nourriture et de produits d'usage quotidien, etc.* ». (Office québécois de la langue française, 2005).

« *Service d'aide à domicile* » ou « *aide à la personne* » sont les termes fréquemment utilisés dans le domaine de la santé pour désigner les mêmes services.

L'*aide* aux personnes âgées (*old age assistance*) peut désigner l'aide financière publique pour personnes âgées sans ressource ou avec des ressources insuffisantes.

### Service de santé pour personnes âgées

Il s'agit des services pour le diagnostic et le traitement de maladies chez les personnes âgées et le soutien de la santé des personnes âgées (CISMeF, 2010).

### Service de soins à domicile « Home care services ».

Il s'agit *des services de santé et de soins « ambulatoires »* (Community health and nursing services), *coordonnés et délivrés à domicile, pour les patients. Sont inclus les services de soins infirmiers, de services d'aide à domicile, parfois même des services délivrés par les hôpitaux, ou d'associations de professionnels.*

Il faut distinguer les services de soins à domicile « Home care services » dispensés par les professionnels ou d'autres personnes rémunérées et les soins à domicile délivrés par les aidants informels qui peuvent être des membres de la famille, des amis etc..

Le terme « service » peut avoir également plusieurs significations. On différencie les *services* au sens de la structure - les *agences* de soins à domicile « home care agences » et les services au sens des activités ou de prestations - les *services* de soins à domicile « home care services ». C'est ce dernier sens qu'aura le terme service dans notre rapport. Pour désigner les structures, nous utiliserons le terme de structure ou d'organisme prestataire.

### Intervention :

*« Une intervention peut se concevoir 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 »* (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos, & Hartz, 2009).

### La qualité et la qualité des soins :

Selon l'Office québécois de la langue française, la qualité est *« l'ensemble des caractéristiques d'un bien ou d'un service qui lui confère l'aptitude à satisfaire de manière continue les besoins et les attentes des utilisateurs ou des usagers »* (Office québécois de la langue française, 2005).

La qualité est aussi définie comme *« un ensemble d'attributs du processus qui favorise le meilleur résultat possible en regard des connaissances, de la technologie, des attentes et des normes sociales »* (A-P. Contandriopoulos, Champagne, Denis, & Avargues, 2000).

D'autres définissent la qualité comme « *le niveau d'excellence qui caractérise un service de santé ou les soins délivrés, fondés sur des standards de qualité reconnus* » (CISMeF, 2010).

La définition de la qualité des soins selon l'Institute of Medicine reprise par Steinwachs est [Trad. Libre] « le degré auquel des services de soins de santé à des individus ou à des populations augmentent la probabilité de résultats de santé désirés et qui sont conformes aux connaissances professionnelles du moment » (Steinwachs & Hughes, 2008).

Nous reviendrons sur d'autres définitions de la qualité de soins plus loin.

### Les indicateurs :

Selon l'Agrément Canada (organisme privé sans but lucratif et indépendant chargé d'évaluer la qualité des services de santé et sociaux nationaux et internationaux), un indicateur est « une donnée numérique, fondée sur la collecte et le regroupement des données quantitatives et qualitatives, qui peut être présentée sous différentes formes (ration, moyenne, proportion). Les indicateurs servent principalement à faire le suivi des activités d'amélioration de la qualité et à comparer le rendement à une norme préétablie » (Agrément Canada, 2008).

Colvez et collaborateurs, il définit l'indicateur comme un « *instrument d'information qui renseigne l'utilisateur sur un processus inaccessible à une observation directe. On l'utilise en particulier pour obtenir des informations concernant des systèmes complexes dont on désire connaître l'état ou suivre l'évolution...* » (Colvez & Gardent, 1990)

Quant à l'OCDE, un indicateur est un « *facteur ou une variable, de nature quantitative ou qualitative, qui constitue un moyen simple et fiable de mesurer et d'informer des changements liés à l'intervention ou d'aider à apprécier la performance d'un acteur du développement* »

### Évaluation

On distingue classiquement une évaluation normative et une recherche évaluative. Une évaluation normative cherche à apprécier chacune des composantes de l'intervention en fonction de critères et de normes. C'est une vérification de la conformité des composantes par rapport à des références. Quant à la recherche évaluative, c'est « *une démarche scientifique qui permet d'analyser et de comprendre les relations de causalité entre les différentes composantes de l'intervention* » (Brousselle, et al., 2009). Il s'agit d'un exercice systématique qui nécessite une expertise. Au sens de la recherche évaluative, il n'existe pas beaucoup de travaux qui concernent la question de la qualité des services de soins à domicile, particulièrement dans le contexte français. Ceux qui existent sont souvent faits dans une



logique normative avec un but sommatif ou stratégique (Weiss, 1998). Or, il est nécessaire de disposer également d'évaluations permettant de mieux comprendre le « *comment* » ou le « *pourquoi* » afin de produire les connaissances et d'améliorer les pratiques dans un but formatif. (Brousselle, et al., 2009)

C'est pourquoi notre étude va tenter de prendre en compte les différentes dimensions de la qualité selon les critères et normes des acteurs pour pouvoir établir les indicateurs reflétant les attentes de chacun. Certains auteurs comme Patton soutiennent l'idée que la prise en compte des attentes de chaque acteur augmente l'utilisation des résultats de l'évaluation (Patton, 2002). Ainsi, les indicateurs utilisés dans ces évaluations devraient refléter la perception de chaque acteur impliqué dans la coproduction des services de soins à domicile, à savoir la personne âgée, les professionnels, l'entourage, les gestionnaires et les décideurs. Cette approche constitue un enjeu majeur permettant de favoriser le dialogue, la réflexion critique et la compréhension mutuelle des différents acteurs. Il s'agit des évaluations dites de 4<sup>e</sup> génération (Brousselle, et al., 2009). C'est dans cette vision que nous inscrivons notre travail. Les retombées attendues d'une telle recherche permettra l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes âgées vivant à domicile.

### Cible de la recherche

Notre étude s'inscrit dans le cadre de recherches sur les services de « *soins* » à domicile (Home care service research) pour personnes âgées.

Selon l'OCDE, le terme "**soins à domiciles**" (home care) « *fait référence aux services de soins de longue durée qui peuvent être dispensés à domicile. Il englobe les soins de jour, les services d'accueil temporaire, les services médicaux élémentaires de types soins infirmiers, les aménagements spéciaux et adaptés, la rééducation et les soins palliatifs. Il englobe également les soins de longue durée reçus dans des cadres semblables au domicile, comme les résidences-services* » (Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.), 2005),(Colombo, et al., 2011). Cette étude s'est limitée aux services d'aide et de soins dont a besoin une personne âgée vivant à son domicile, pour accomplir des activités de la vie quotidienne (AVQ), souvent désignée « **soins à la personne** ». Cette aide va en général de pair avec l'aide à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ).

Nous utilisons le terme « *service d'aide et d'accompagnement* » fréquemment utilisé en France pour désigner un service d'aide et de soins dont a besoin une personne âgée dépendante pour accomplir des AVQ et des AIVQ.

## 2.2 Analyse de la littérature

L'évaluation de la qualité des soins de santé en institution a fait l'objet de nombreuses publications. Cependant, quand on regarde de près la littérature tant internationale que française (cette dernière étant malheureusement peu importante), très peu de travaux concernent spécifiquement la qualité des services d'aide à domicile. Pourtant compte tenu de la spécificité des services d'aide à domicile et de la complexité de ce contexte, il apparaît important sinon indispensable de disposer de connaissances appropriées dans ce domaine.

Il est clair que les spécificités du contexte du domicile doivent être comprises et prises en compte, pour pouvoir mieux apprécier la qualité de l'aide, choisir un cadre conceptuel adapté à ces spécificités et mettre en perspective ces connaissances à celles produites dans d'autres contextes comme l'hôpital par exemple.

Pour effectuer notre étude bibliographique, nous avons eu recours à plusieurs sources de données : Les différentes bases de données, les sites internet et la littérature grise. Les bases de données consultées sont notamment : MEDLINE, CINAHL, COCHRANE, PsycINFO, Ovid, la base des données de la Fondation Nationale de Gérontologie (FNG), etc. ...). Ainsi, nous présentons ici une analyse critique de la littérature existante sur l'intervention d'aide et de soins à domicile et la spécificité du domicile, nous évoquerons la question de la qualité des soins et de sa mesure et nous terminerons sur l'approche conceptuelle qui nous servira pour notre étude empirique. Un tableau résumant quelques études portant sur les indicateurs de la qualité des soins est annexé à ce rapport.

### 2.2.1 La complexité de l'intervention d'aide dans le contexte du domicile et ses conséquences sur la qualité du service rendu

Le domicile en tant que lieu devenu espace de soin est un environnement complexe constitué des événements, des actions, des interactions, des rétroactions, des déterminations et des aléas (un monde phénoménal) (Morin, 2005). Les professionnels sont en difficulté pour imposer leur vision, contrairement de ce qui se passe en institution. Le domicile est non seulement un espace physique, mais il est aussi un espace affectif depuis longtemps pour la personne soignée. Il peut y avoir des rivalités, des concurrences qui peuvent s'établir entre les aidants informels et les professionnels. Les professionnels ne contrôlent pas tout le processus de la production du service de l'aide et de soins. La responsabilité des soignants est moins directe à domicile qu'en institution et l'implication de la famille dans le processus de soins demande

plus de flexibilité et de négociation de la part des soignants (Kane, Kane, Illston, & Eustis, 1994). Le caractère intrusif de l'aidant (soignant) à domicile, lieu « *privilegié de l'exercice de la souveraineté de la personne et de sa construction identitaire* » (Ennuyer, 2006), ne facilite pas souvent la tâche des professionnels dans un contexte où la personne soignée a le sentiment d'être souveraine, d'exercer un droit d'usage sur un territoire qui lui est propre.

Prendre soin de la personne nécessite d'être attentif à ses demandes, à ses besoins et à ses désirs. Dans le contexte du domicile, à de multiples occasions les demandeurs de services (familles) ne sont pas souvent les bénéficiaires (personnes âgées), les exécutants (professionnels de terrain) ne sont pas les planificateurs de l'aide (gestionnaires). Suite à la complexité du domicile, la forme d'organisation et de la délivrance des soins au domicile échappe aux différentes typologies jusqu'ici établies telles qu'elles ont été décrites par Haddad et ses collaborateurs (Haddad, Roberge, & Pineault, 1997). Aucun de ces modèles (professionnel, bureaucratique, industriel) ne peut expliquer à lui seul l'organisation et la délivrance du soin à domicile.

Par ailleurs, l'aide à domicile s'inscrit dans la durée et sa qualité requiert à la fois des compétences techniques et « relationnelles » des professionnels. L'acte d'aide se déroule dans une relation humaine qui peut être de nature personnelle, formelle, asymétrique ou collégiale (Eustis & Fischer, 1991). Dans le contexte du domicile, plusieurs éléments autres que la compétence technique interviennent au moment de la délivrance de l'aide et déterminent la qualité du service rendu. La qualité du service d'aide et d'accompagnement à laquelle la personne âgée peut prétendre dépend aussi de sa recevabilité aux services dont elle a besoin, en fonction de sa situation économique (Cheung et al., 2005) et de la nature de ces services (professionnels formés ou gré à gré). La relation triangulaire qui s'installe entre la personne aidée, son entourage et les professionnels interfère aussi avec la qualité de l'aide reçue (Villez, 1999).

Plus qu'en institution, la qualité de l'aide et de l'accompagnement à domicile dépend à la fois des compétences techniques et « relationnelles » des professionnels et de la relation humaine qui s'établit entre le soignant et le soigné qui peut être soit de nature personnelle, formelle, asymétrique ou collégiale (Eustis & Fischer, 1991). Elle peut dépendre aussi de la conception de la part des professionnels de leur responsabilité professionnelle, de leur mission et des situations rencontrées à domicile. Tous ces éléments sont moins évidents à appréhender

indirectement par les résultats comme on le fait souvent pour juger la qualité des soins médicaux en institution.

Pour résumer, l'organisation de l'aide à domicile est complexe, elle fait appel à une multitude d'acteurs appartenant à des secteurs parfois cloisonnés. Elle constitue un enjeu à la fois économique et social. Les modes de régulation actuels des prestations d'aide rendent illisible le dispositif d'aide et peuvent favoriser les inégalités sociales. Le champ de la qualité de l'aide à domicile n'est peut-être pas aussi léger qu'il n'y paraît. Soigner et accompagner une personne âgée à domicile ne doit pas être réduit à l'incapacité de réaliser tel acte ou au diagnostic de telle ou telle pathologie. Il s'agit d'un acte « de prendre soin » et l'appréciation de la qualité de cet acte devrait être réalisée avec les instruments de mesure capable de prendre en compte les différentes dimensions de la qualité de cet acte, tout en tenant compte des perspectives de chaque acteur afin de favoriser l'amélioration de sa qualité.

### 2.2.2 La qualité des soins : définitions et visions

C'est dans les années 1700 que le concept de la qualité a été développé pour les entreprises industrielles et commerciales (Reeves & Bednar, 1994). Selon le grand dictionnaire des terminologies, 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* ». Quant à la qualité d'un service « quality of service », elle est 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). Reeves Carol revient sur les différents aspects qui caractérisent la définition de ce qu'est la qualité. Selon l'auteur, la qualité peut être considérée comme ***valeur, conformité aux spécifications, excellence ayant une reconnaissance universelle*** ou comme ***satisfaction des attentes***. Chacune de ces considérations a des forces et des faiblesses et certaines sont inappropriées pour certains services qui demandent plus de contact humain comme les services de soins ou d'aide. C'est le cas de la définition de la qualité comme *conformité aux spécifications* (Reeves & Bednar, 1994), surtout si ces dernières ne prennent pas en compte les perspectives des différents acteurs qui y sont impliqués. Concernant la qualité comme une « *excellence* », pour ce qui nous intéresse, il est important de comprendre comment chaque acteur perçoit l'excellence pour un service d'aide. Dans le champ du domicile, chaque acteur y compris la personne âgée, participe à la production des services d'aide et il a sa propre conception de la qualité de l'aide et ses propres normes pour l'apprécier. C'est pourquoi, pour notre étude, nous envisageons de tenir compte des perspectives de tous les acteurs.

La qualité des soins reste un terme générique qui peut prendre différentes significations et ayant plusieurs dimensions (McClarey, 2009). Il existe plusieurs définitions de la qualité des soins. L'Institut de Médecine des États-Unis (IOM) en a répertorié plus d'une centaine (McGlynn, 1997). Elles sont différentes les unes des autres (Blumenthal, 1996). Certaines de ces définitions sont plus détaillées que d'autres, parfois incomplètes ou abstraites suivant que l'on se réfère aux soins dont la personne a besoin, qu'elle souhaite avoir ou aux soins requis (Alster & Radwin, 2004). Elles évoluent et sont dynamiques (Haddad, et al., 1997). 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 en terme de 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 terme de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins* » (Roemer & Montoya-Aguilar, 1988). Par ces différentes définitions nous remarquons qu'elles font plus référence aux soins médicaux et leur qualité ne concerne que leur dimension technique.

Par ailleurs, la qualité des soins est conceptualisée soit en fonction de la vision des soins nécessaires (vision trop restrictive), soit en fonction de celle des soins voulus (vision trop large) ou des soins requis (vision pertinente). Chacune de ces visions peut avoir des avantages ou des limites (Alster & Radwin, 2004) selon les buts et les objectifs des acteurs en jeu, et elles dépendent de la perception de chacun de ces acteurs. Certains auteurs considèrent que la qualité des soins est un construit social qui dépend des valeurs auxquelles on se réfère, en fonction des normes implicites ou explicites choisies selon la vision individuelle ou collective (Health Services Research Group, 1992), subjective ou objective de la qualité. Elle varie également en fonction des acteurs (personnes âgées, famille, décideurs, professionnels, bénévoles), selon leurs attentes implicites ou explicites et l'étendue de leur responsabilité. Les représentations et les approches instrumentales sont différentes selon les logiques et les finalités de ces différents acteurs (Haddad, et al., 1997), d'où la nécessité de comprendre la conception de chaque acteur de ce qu'il considère comme qualité de soins.

En effet, malgré ces tentatives de définir ce qu'est la qualité des soins, elle reste un concept difficile à saisir, complexe et multidimensionnel (Bos et al., 2007; Mor et al., 2003; Or & Comme Ruelle, 2008). D'où la difficulté de définir sa mesure. La perception de chaque acteur est importante pour pouvoir définir et apprécier la qualité d'aide et de soins. Nous allons voir ci-dessous les différentes approches de mesure de la qualité des soins.

### 2.2.3 Les différentes approches de l'appréciation de la qualité des soins

Dans cette section, nous aborderons les différentes approches de l'appréciation de la qualité des soins en général ainsi que les études ayant mesuré la qualité des soins en institution et à domicile et leurs limites.

La préoccupation de l'amélioration de la qualité de soins par les différents acteurs est toujours d'actualité (Ovretveit & Gustafson, 2002). Elle s'accompagne d'une augmentation de l'intérêt de sa mesure. Les gestionnaires se préoccupent souvent de la qualité des soins dans la perspective de rationalisation des dépenses liées aux soins, mais tous les acteurs (professionnels, gestionnaires et patients) se sentent responsables et concernés par l'amélioration de la qualité des soins.

Plusieurs approches sont proposées dans la littérature pour mesurer la qualité des soins. Chaque méthode a ses avantages et ses limites tel que le souligne Brook (Brook, McGlynn, & Cleary, 1996). Les approches utilisées dans les établissements de santé s'inscrivent dans le cadre de la démarche qualité fondée sur des référentiels, des recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Young nous rappelle les limites de ces approches souvent utilisées dans l'appréciation de la qualité de soins quand elles sont appliquées à une petite échelle (Young, 1997). Parfois, ces recommandations ne sont pas facilement transposables chez les personnes âgées poly pathologiques (Wolmark, 2001).

#### La mesure de la qualité des soins selon Donabedian

Selon le « modèle de Donabedian », la qualité peut être appréciée par les trois champs: des structures, des processus et des résultats des soins (Donabedian, 1966, 1980, 1988). Dans le champ de la structure, on y trouve des dimensions qui sont interdépendantes à savoir : la dimension physique, la dimension organisationnelle et la dimension symbolique (Brousselle, et al., 2009). Le domicile pouvant être considéré comme une structure en soi, il a ces trois dimensions qui vont interagir avec celles des « structures-prestataires » des soins. D'où la difficulté d'apprécier la qualité à domicile par rapport à l'institution (hôpital, maison de retraite).

Comme nous l'avons signalé plus haut, en France, l'appréciation de la qualité des soins et de l'aide à domicile est fondée sur l'appréciation de la conformité des « structures-prestataires » par les normes et les critères fixés par les gestionnaires ou les experts. Cependant, la qualité de la « structure-prestataire » ne peut pas être le seul élément de l'appréciation de la qualité des soins à domicile, comme c'est le cas actuellement. L'une des limites de cette approche est lié au fait que « la relation directe entre les structures ou processus et les résultats n'est pas

souvent établie » (Donabedian, 1966). Donabedian recommande un système équilibré d'évaluation comprenant les trois champs et il montre les limites d'utilisation d'un seul champ comme indicateur de qualité des soins (Donabedian, 2005). La structure-processus-résultats est une fonction du temps et des circonstances et n'est pas simplement une simple chaîne linéaire d'événements (Duffy & Hoskins, 2003). C'est encore plus vrai pour les soins à domicile, d'autant plus que les soins ne sont pas dispensés au sein de la « structure-prestataire » comme c'est le cas pour les soins à l'hôpital ou en institution. La mesure de la qualité des soins dans le contexte du domicile doit tenir compte de cette spécificité contextuelle. Ce qui n'a pas été le cas jusqu'à ce jour.

Par ailleurs, la qualité des soins peut être appréciée de façon directe au niveau des processus par sa dimension technique et interpersonnelle (Donabedian, 1980; McClarey, 2009). La qualité technique correspond à la justesse de services proposés et à l'exécution compétente de ces derniers. 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* » et renvoie à *l'art de prendre soins* (Brousselle, et al., 2009).

L'approche de Donabedian concernant la qualité des soins a été souvent utilisée de façon partielle. C'est l'appréciation de la qualité des soins par les résultats qui a été souvent utilisée, car ces derniers sont facilement mesurables dans le cas des soins de santé. Par cette approche, on s'intéresse souvent aux conséquences positives ou négatives supposées être liés aux soins reçus (Brook, et al., 1996; S. M. Campbell, Braspenning, Hutchinson, & Marshall, 2002).

### Les études ayant mesuré la qualité des soins en institution et leurs limites

Plusieurs études qui ont été faites sur la qualité de soins en institution utilisent les indicateurs de résultats notamment l'occurrence des événements évitables et les méthodes quantitatives ont été privilégiées (Hirdes et al., 2004; Shekelle, MacLean, Morton, & Wenger, 2001; Steel et al., 2004; Van der Ploeg, Depla, Shekelle, Rigter, & Mackenbach, 2008). Par ces méthodes, l'appréciation de la qualité des soins se base sur la variation dans le temps de ces effets indésirables comme indicateurs de qualité. Il s'agit souvent des données recueillis à des fins administratives ou concernant les résultats attendus pour une technique donnée, elles sont recueillies par les professionnels et agrégées par structures (Bokhour et al., 2008). Ces méthodes enferment l'évaluation de la qualité des soins dans la seule vision des professionnels ou des experts, elles supposent par ailleurs que la « technicité pratique » garantit la qualité des soins permettant de répondre aux besoins de la personne. Bien qu'elles

offrent une certaine facilité méthodologique, d'autres limites de l'utilisation des résultats comme indicateurs de la qualité des soins ont été évoquées et leur validité est mise en cause d'autant plus que d'autres facteurs peuvent influencer les résultats obtenus (Donabedian, 1966, 2005). L'utilisation des résultats de ces études pour l'amélioration de la qualité est limitée, et inappropriée au niveau individuel car elle nécessiterait la prise en compte des besoins, des préférences et des valeurs des personnes soignées (Bokhour, et al., 2008; Delbanco et al., 2001). Elles ne permettent pas non plus d'identifier les déterminants de la qualité (Berg et al., 2002), car plusieurs facteurs autres que les soins peuvent influencer les résultats obtenus (Rosati, 2009). Par ailleurs, certains considèrent la satisfaction comme un indicateur de qualité. Cependant, ils ne prennent pas souvent en compte la perception de la personne quant aux soins attendus. Bien que la personne puisse être satisfaite des soins reçus, elle peut être insatisfaite par rapport à ce qu'elle attendait comme résultats de soins ou d'aide selon ses besoins. Plusieurs auteurs ont mis en cause cette façon de mesurer la qualité des soins (Bokhour, et al., 2008; Raguénès, 2008; Rubin, 1990), la satisfaction peut être influencée par plusieurs facteurs et elle est multidimensionnelle (Lin, 1996).

### *Les études ayant mesuré la qualité des soins à domicile et leurs limites*

Concernant l'appréciation de la qualité des soins à domicile, c'est aux États-Unis que l'on retrouve plusieurs projets dans ce domaine avec le développement des indicateurs pour mesurer la qualité. Les plus connus sont le projet ACOVE et l'OASIS: Le projet ACOVE (assessing the care of vulnerable elders) mis en place en 2001 par la corporation RAND a développé 236 indicateurs de qualité couvrant 22 domaines cliniques pour les soins de santé des personnes âgées vivant à domicile (Wenger & Shekelle, 2001). L'OASIS (Outcome and Assessment Information Set) est un outil pour la mesure de la qualité des soins mis en place 1995, il en est actuellement à sa 3e version (OASIS-C) avec plus de 1000 items. Quinze ans après sa mise en place, les débats continuent sur sa fiabilité et sa valeur en tant qu'indicateur de qualité. C'est dans le cadre de recherche de développement de consensus sur les normes des soins de santé à domicile que National Quality Forum (NQF) a publié son rapport en 2005 ainsi qu'un cadre conceptuel pour évaluer les services de soins à domicile (Rosati, 2009). Toutes ces initiatives ont la même caractéristique d'avoir une vision biomédicale de la qualité de soins avec des indicateurs portant sur les problèmes médicaux affectant les personnes âgées et la dimension technique de la qualité des soins remporte sur d'autres dimensions comme celle de la relation interpersonnelle. Malgré l'avance des Etats-Unis dans ce domaine



par rapport à d'autres pays comme la France, le débat est loin d'être clos sur la façon d'évaluer les services de soins à domicile, ainsi que sur les indicateurs appropriés.

D'autres études ont été réalisées dans d'autres pays comme la Grande-Bretagne et le Canada, soit pour étudier la transférabilité des indicateurs développés aux USA (Kroger et al., 2007; Steel, et al., 2004), soit pour développer d'autres indicateurs. Dans ces études, les scores des indicateurs transférables varient de 33 % à 97 %. Hirdes et ses collaborateurs ont développé les indicateurs pour la qualité de soins à domicile à partir du MDS-HC (Minimum Data set pour le domicile), vingt-deux indicateurs ont été retenus par les auteurs. Ces indicateurs sont essentiellement les événements indésirables dits évitables d'ordre clinique et considérés comme la conséquence de la non-qualité des soins (Hirdes, et al., 2004).

En France, très peu d'études ont été réalisées sur la qualité du service rendu par les services d'aide et de soins à domicile. Les enquêtes réalisées auprès des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ne permettent pas de juger la qualité de l'aide apportée. Les informations recueillies dans ces enquêtes concernent les caractéristiques, l'activité et le personnel du service, la nature des interventions et les caractéristiques des bénéficiaires. C'est le cas de l'enquête réalisée par la DREES auprès des SSIAD en 2008 (Marquier, 2010a, 2010b). Les données de cette enquête ne pourront pas permettre d'analyser la qualité de leurs services auprès des personnes âgées. Il s'agit d'un état des lieux de leurs activités. Une autre étude que nous avons pu identifier est celle réalisée par le RHESU (Association pour la recherche en sciences humaines et sociales) en 1995 qui était initiée par la FNADAR (Fédération Nationale des Aides à domicile en Activités Regroupées). Elle consistait à repérer toutes les composantes et tous les acteurs de la qualité de l'aide à domicile et à analyser le fonctionnement de l'aide (Sarry, 1995). Cette étude ne concerne pas non plus la qualité du service rendu. Quant à l'étude de Bos et col, consistait à étudier la variation de la qualité de soins à domicile dans 11 pays européens dont la France (Bos, et al., 2007). Les indicateurs utilisés ne concernaient que des résultats cliniques de l'état des personnes aidées.

### *Les Indicateurs de la qualité des soins*

Comme nous l'avons vu plus haut, des indicateurs servent principalement à faire le suivi des activités visant à l'amélioration de la qualité et à comparer le rendement à une norme préétablie» (Agrément Canada, 2008). Ils peuvent être quantitatifs ou qualitatifs. Ils doivent être pertinents, utiles et mesurables, et faisables pour permettre d'apprécier les différentes dimensions de la qualité. Les indicateurs peuvent se situer dans des champs différents, ils

peuvent être directs ou indirects par rapport à ce que l'on mesure. Dans le domaine des soins, plusieurs indicateurs existent et souvent, ils sont développés à partir des données portant sur des résultats cliniques. Dans la plus part des cas, ce sont des méthodes quantitatives qui ont été utilisées (case-mix ou de risk-adjustement). Ces indicateurs servent aux décideurs et aux gestionnaires pour exercer leurs fonctions respectives, mais ils sont moins utilisés par les autres acteurs. Comme nous l'avons constaté par la revue de la littérature sur ce sujet, les études qui s'intéressent au développement des indicateurs ont souvent eu recours à l'opinion des experts et moins aux perspectives des acteurs impliqués dans l'intervention pour laquelle on mesure la qualité (voir annexe 1). Par ailleurs, habituellement seule la dimension technique attire l'attention des chercheurs, très peu d'indicateurs existent sur la dimension non technique de la qualité des soins, pourtant cette dimension est tout aussi importante dans la pratique du soin en particulier pour l'aide et l'accompagnement des personnes âgées vivant à domicile. La vision biomédicale de ce que doivent être la santé et la qualité des soins pour une population a aussi influencé le développement des indicateurs retenus qui portent généralement sur les pathologies ou les marqueurs biologiques et très peu sur les besoins et le bien-être de la personne dans sa globalité et l'amélioration de sa santé.

Selon Campbell, trois éléments devraient permettre de développer les indicateurs pertinents pour apprécier la qualité d'une intervention complexe comme l'aide et l'accompagnement des personnes âgées que nous considérons aussi comme une intervention complexe. L'auteur recommande aux personnes qui s'intéressent aux développements des indicateurs de prendre en compte les différentes dimensions de la qualité, les étapes du processus clinique et les perspectives des utilisateurs (M. Campbell et al., 2000; S. M. Campbell, et al., 2002). Même s'il est parfois difficile d'envisager une évaluation portant sur tous ces éléments, il faudrait préciser la cible de l'évaluation et son objectif pour analyser la pertinence des indicateurs utilisés, ce qui n'est pas fait dans la plupart des cas. Le choix des indicateurs doit être fondé sur une approche réflexive impliquant les acteurs concernés. Notre proposition d'indicateurs que nous présenterons dans la dernière partie essayera justement de relever ce défi en retenant l'ensemble de ces éléments.

## 2.2.4 Modèle conceptuel retenu pour l'étude

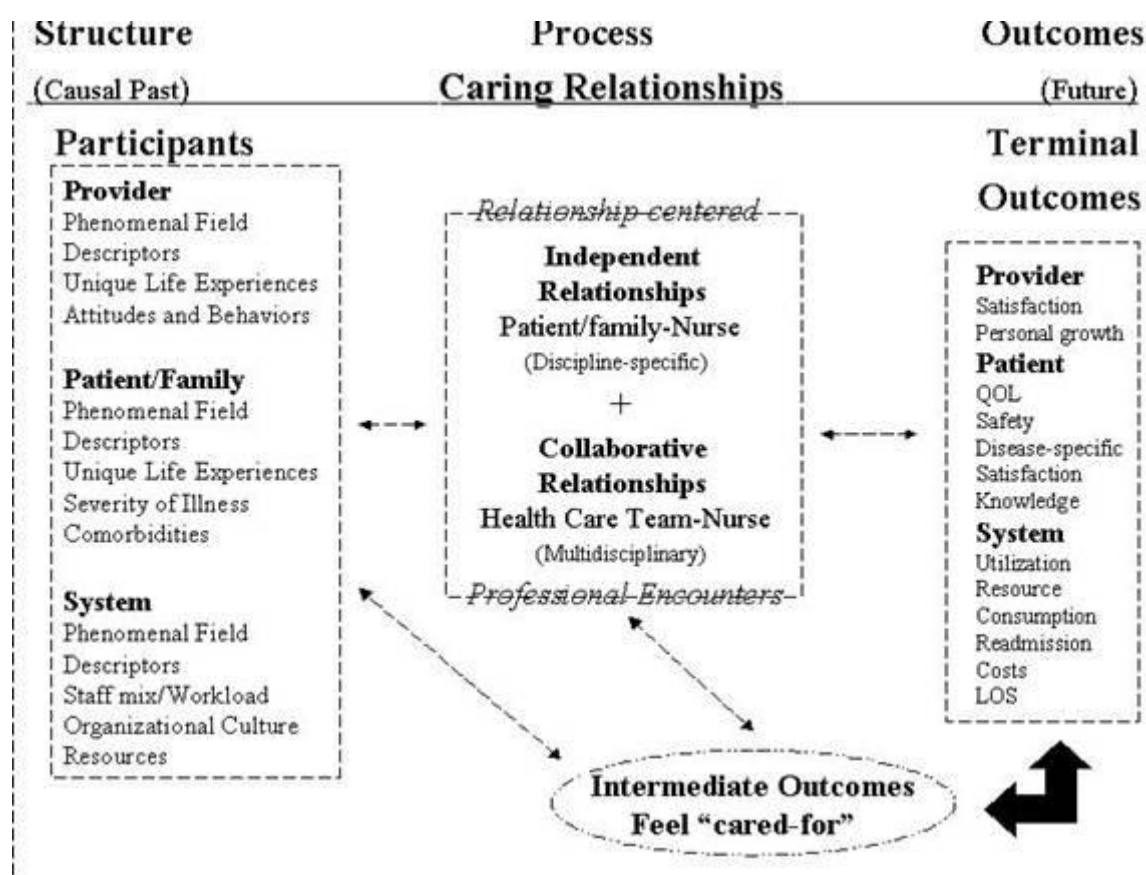
Il existe dans la littérature plusieurs cadres conceptuels sur la qualité des soins de santé (Donabedian, 1988; Rantz et al., 1998). Ils sont conçus dans la plupart des cas pour être appliqués en institutions (hôpitaux et maisons de retraite). Rares sont les études qui reprennent dans leur globalité les différentes dimensions de la qualité issues de ces modèles pour la mesurer. A notre connaissance, aucun cadre conceptuel concernant spécifiquement la qualité de l'aide à domicile n'a été développé. C'est pour cela que lors de notre étude empirique nous utiliserons un modèle qui, bien que développé dans un autre contexte, permet de saisir l'aide comme un acte de soin et d'apprécier sa qualité dans une approche globale et multidimensionnelle.

Le modèle « *Quality-Caring* © » de Duffy et Hoskins (Duffy & Hoskins, 2003) (voir figure 1) combine le modèle d'évaluation de la qualité de Donabedian et la théorie de *Human caring* de Watson. Cette combinaison nous semble intéressante comme cadre de référence pour notre étude. L'élément central en est le processus du *caring*. Ce cadre met en évidence les interrelations entre les trois champs - structure, processus et résultats qui ne sont pas une simple chaîne linéaire des événements, mais une fonction du temps et des circonstances (Duffy & Hoskins, 2003). Il permet d'avoir un système équilibré d'évaluation de la qualité de l'aide comprenant des trois champs. Il évite de recourir seulement aux indicateurs indirects de la qualité (Donabedian, 2005). Un autre avantage du *Quality-Caring Model* © est l'importance conférée au *caring* et à ses bénéfices, tant au niveau des patients et des soignants qu'au niveau du système de santé (ST-Germain, Blais, & Cara, 2009; Watson, 2006a). Il intègre le contexte relationnel dans lequel l'aide se produit. Il permet de retrouver les trois sous-systèmes personnel, interpersonnel et social (Husband, 1988; King, 1997) en interaction permanente pour la coproduction du service d'aide. Il permet également de mettre l'accent sur toutes les dimensions de la qualité des soins, notamment la dimension non technique insuffisamment retenue par les chercheurs et les évaluateurs, d'autant plus qu'elle est difficile à appréhender par les méthodes quantitatives utilisées dans les études. Pourtant cette dimension est essentielle, surtout pour le soutien à domicile des personnes âgées qui nécessitent des soins de longue durée.

Utiliser ce cadre conceptuel, c'est s'inscrire dans une démarche qui prend en compte tous les aspects de l'aide. Ce cadre dépasse largement la vision professionnelle reprise souvent par les études épidémiologiques et transformant des problèmes existentiels ou sociaux des personnes

en problèmes médicaux (Ankri, 2007) pour retrouver l'essence du soin. Il ne fait pas prévaloir le savoir « technique » ni l'ingénierie biomédicale sur le reste. Il implique les éléments nécessaires à la qualité de l'aide notamment le respect, l'écoute, la présence, la connaissance du client, etc... Ce modèle nous permet de considérer l'action de l'aide comme un processus qui implique les éléments de ce que Watson nomme le « *processus de caritas clinique* » (Cara & O'Reilly, 2008; Watson, 2006b). Ce processus va au-delà de l'aspect technique pour mettre l'accent sur la relation humaine impliquant celui qui est soigné et le soignant dans une relation interdépendante et coopérative (Watson, 2006b).

**Figure 1: The Quality-Caring Model**



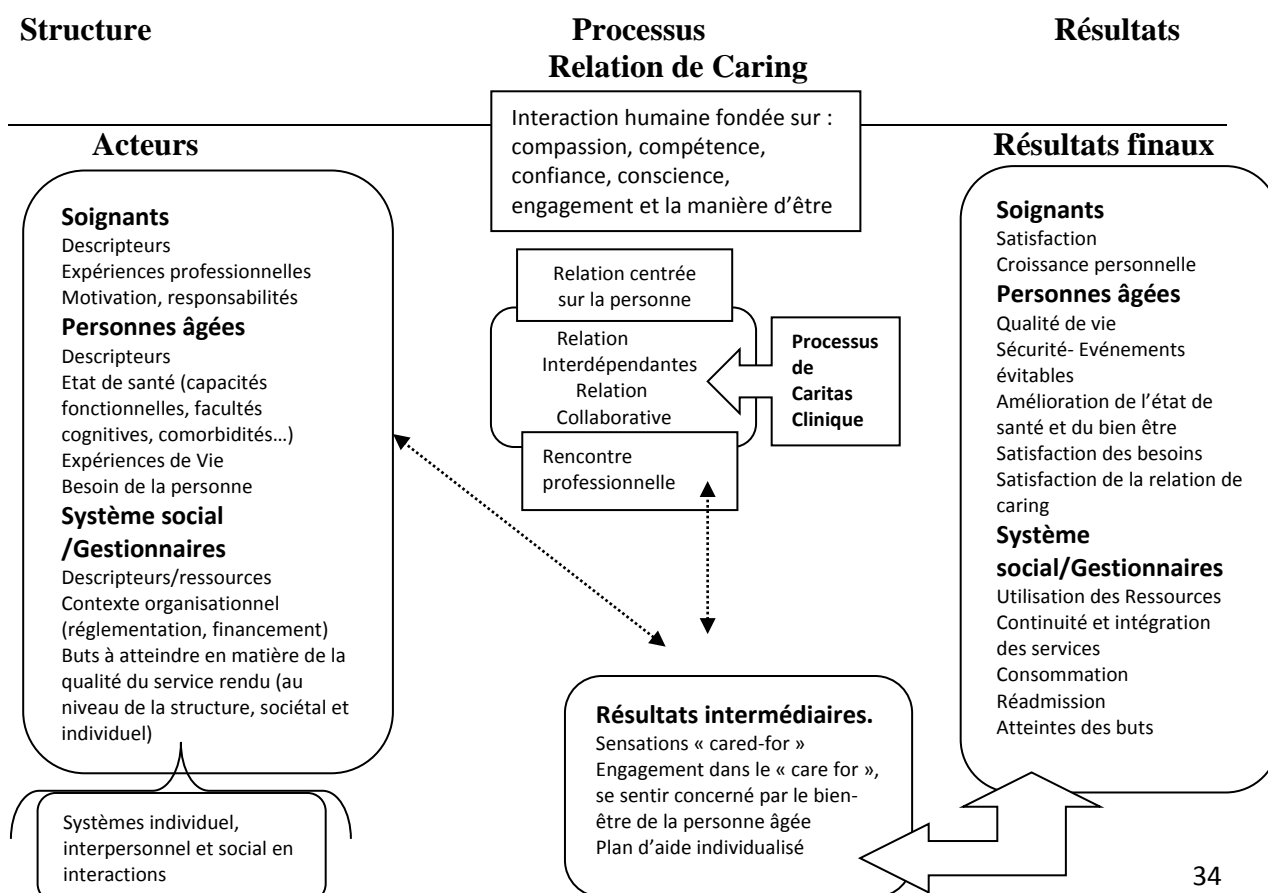
### Adaptation du modèle conceptuel de base

Le *Quality-Caring Model* © retenu pour notre étude a été adapté (voir figure n°2). Certaines variables autres que celles qui existent dans le modèle de base ont été ajoutées, afin de rendre opérationnels certains concepts du modèle de base compte tenu des connaissances actuelles, des spécificités du contexte du domicile et de la nature de l'intervention d'aide telle que nous

la concevons pour notre étude. En ce qui concerne le champ de la structure, le terme de "participants" a été remplacé par celui d'"acteurs", quant à l'état de santé des personnes aidées, nous nous intéresserons non seulement aux pathologies dont elles souffrent mais aussi à leur capacité fonctionnelle, à leur capacité cognitive, etc. Afin de saisir la perception des acteurs pour ce qui concerne la relation interdépendante et collaborative composante d'une relation de caring, on a utilisé les dix éléments du "*processus de caritas clinique*" pour élaborer notre guide d'entretien. La sensation de l'engagement de la part du soignant dans cette relation d'aide est considérée comme un résultat intermédiaire au même titre que la sensation du "cared for" pour la personne aidée.

Pour une question de faisabilité, les questionnaires sont les seuls représentants du système social dans notre modèle qui sont interviewés. Nous considérons que ces derniers ont le mandat d'une part de mettre en action les recommandations des décideurs et des financeurs, et d'autre part de répondre aux besoins de la population selon les ressources allouées par le système social. Donc, ils ont une vision plus ou moins globale de ce dernier. Le contexte organisationnel est pris en compte comme élément structurant. La famille ne fera pas l'objet d'un recueil des données spécifiques, sauf en cas de besoin d'informations complémentaires concernant la personne aidée.

**Figure 2 : Cadre conceptuel, adapté du *Quality-Caring Model* ©**



Après l'étude bibliographique qui nous a permis de faire l'analyse de la littérature et d'identifier des différentes approches conceptuelles de l'évaluation de la qualité et des indicateurs existants, nous avons réalisé une étude empirique au sein de deux structures SPASAD. Cette dernière a été faite dans le but d'identifier la perception de la qualité de l'aide et de l'accompagnement des différents acteurs et de préciser ses différentes dimensions. Nous vous présentons dans la partie suivante la méthodologie et les résultats de cette étude.

## Partie 3. Étude empirique

### 3.1 Méthodologie de l'étude

#### Type d'étude

Pour répondre à nos objectifs, nous avons réalisé une recherche qualitative de type étude de cas multiples. Ce type d'étude 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* » (A-P. Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 2005; Yin, 1989). Il permet de mener une étude empirique dont l'objet est de comprendre un phénomène contemporain dans un contexte dans lequel il se déroule (Bradley, Curry, & Devers, 2007; Patton, 1999). Chaque cas correspond à un service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD).

#### Population de l'étude

Notre recherche concerne trois groupes d'acteurs clés participant aux services d'aide et de soins à domicile à savoir : personnes âgées, professionnels soignants et les gestionnaires.

- Concernant les personnes âgées, il s'agit de personnes de 65 ans et plus vivant à domicile et bénéficiant une aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne.
- Le groupe des professionnels soignants est composé des employés de chaque service polyvalent d'aide et de soins à domicile participant à notre étude à savoir : les aides-soignantes, les infirmières et les auxiliaires de vie. Nous avons choisi d'inclure ces différentes catégories de professionnels qui participent à l'aide et à l'accompagnement de la personne âgée à cause du caractère non exclusif des tâches lors de l'intervention d'aide à domicile entre les professionnels avec la possibilité de glissement des tâches entre eux, et la relation collaborative qui fait partie de la relation de caring (Duffy & Hoskins, 2003).
- Quant au groupe des gestionnaires, il est composé des directeurs des SPASAD participant à l'étude, les coordonnateurs de secteurs chargés de la planification et de la mise en place des plans d'aide et d'accompagnement.

#### Echantillon

Il s'agit des échantillons non probabilistes par choix raisonné. Etant donné la nature de notre recherche, nous n'avons pas déterminé d'avance la taille de l'échantillon. Elle dépend du nombre de participants qui nous permettra d'atteindre la saturation (Pires, 1997). Pour

commencer, nous avons sélectionné un groupe de 20 personnes âgées. C'est à partir d'elles que nous avons sélectionné les soignants intervenant à leur domicile au moment de notre étude pour y participer. Nous avons réalisé des entretiens jusqu'à la saturation. Pour le groupe de gestionnaires, vu leur nombre limité, nous avons inclus tous ceux qui ont acceptés de participer.

Critères d'inclusion et de non-inclusion pour les trois échantillons :

### **Echantillon n°1 : Personnes âgées**

Les critères d'inclusion sont :

- personne âgée de 65 ans et plus, homme ou femme
- vivant à domicile
- prise en charge depuis 1 mois minimum par le SPASAD. La période de 1 mois au minimum dans le service 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 un autre événement brutal comme le décès d'un conjoint. Par ailleurs, les responsables des services nous ont dit que 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 qui s'y trouvent.

Les critères de non-inclusion sont :

- refus de la personne âgée de participer
- pas de possibilité d'envisager l'entretien

### **Echantillon n°2 : Professionnels soignants**

Les critères d'inclusion sont :

- Professionnels soignants qui interviennent chez les personnes incluses à l'étude
- Appartenant au service prestataire ou mandataire du SPASAD

Les critères de non-inclusion sont :

- Refus du professionnel de participer
- Soignant intervenant sous statut de gré à gré

### **Echantillon n°3 : Les gestionnaires :**

Les critères d'inclusion sont :

- Directeurs du SPASAD



- Infirmiers(ère) coordinateurs des secteurs

Les critères de non-inclusion sont

- Refus de participer à l'étude

Collecte des données et instruments de mesure

Deux types de données ont été recueillis à savoir les données quantitatives et qualitatives. Pour ces dernières, les interviews semi-directives ont été réalisées auprès des acteurs à l'aide des guides d'entretiens spécifiques à chaque groupe d'acteurs (personnes âgées, professionnels soignants et gestionnaires). Les guides d'entretiens avaient trois parties correspondant aux trois champs qui constituent le modèle conceptuel. La première partie concerne le champ de la structure, la deuxième partie correspond aux processus et la dernière partie porte sur les résultats.

Les personnes âgées étaient interrogées à leur domicile. Quand c'était possible, en l'absence de toute personne pouvant influencer leurs réponses pour qu'elles puissent s'exprimer librement en fonction de leurs ressentis et leurs besoins. Les entretiens ont été enregistrés avec le consentement éclairé des participants puis retranscrits. Quant aux professionnels et gestionnaires, les entretiens ont eu lieu au siège de chaque SPASAD selon leur disponibilité et en accord avec leur employeur.

Pour les données quantitatives, notamment les données sur les problèmes de santé, la performance de l'activité de la vie quotidienne, les facultés cognitives, etc., elles ne concernent que le groupe des personnes âgées et nous a permis de décrire la population âgée concernée par notre étude et pour lesquelles nos résultats peuvent être généralisés. Elles ont été recueillies à l'aide de l'outil filtrage/orientation du MDS-HC.

Analyse des données

Nous avons réalisé l'analyse qualitative de contenu. Dans la littérature plusieurs approches sont proposées et elles sont souvent différentes en fonction de la procédure et des concepts utilisés (Graneheim & Lundman, 2004). En ce qui concerne notre étude, nous avons utilisé la stratégie d'analyse qualitative par *annotation* telle qu'elle est proposée par Pierre Paillé. Elle consiste à « *tenter de saisir le sens du texte à analyser par des annotations, on cherche à cerner les propos ou les phénomènes en les reportant dans les énoncés, des thèmes ou des catégories* » (Paillé & Mucchielli, 2010). Nous avons procédé à l'examen phénoménologique des données empiriques et à l'analyse thématique. (Paillé & Mucchielli, 2010).

### Validité de l'étude

Concernant la validité de notre étude, plusieurs critères de rigueur ont été respectés tout au long de notre étude notamment l'imputabilité procédurale (fiabilité), la « confirmabilité » et neutralité et la transférabilité (Seale, 1999).

Concernant le premier critère, un journal de bord a été tenu pour y noter tous les changements qui sont susceptibles de renseigner ce qui s'est passé tout au long de l'étude et de rendre transparentes toutes démarches opérées dans une situation donnée. Les guides d'entretiens ont été testés avant l'utilisation. Nous avons demandé aux chercheurs d'expériences de nous donner leur avis sur la qualité de construction de ces instruments et leur capacité à recueillir les données que nous recherchons par rapport à nos objectifs.

Pour assurer la confirmabilité et la neutralité, nous avons eu recours aux méthodes de diversification interne (intragroupe) et de recueil des données jusqu'à la saturation (empirique) (Pires, 1997). La description détaillée des choix opérés lors de l'étude permet d'apprécier leur pertinence.

Quant à la transférabilité, notre étude ne vise pas l'inférence statistique mais la description détaillée du contexte de l'étude et de la population concernée ainsi que le fait d'avoir recueillie des données jusqu'à la saturation permettent d'obtenir la généralisation théorique de nos résultats.

### Considérations légales et éthiques

Les contacts avec les personnes ont été pris via les SPASAD qui avaient accepté de collaborer avec nous, et qui ont informé toutes les personnes concernées avant que nous les contactions. Leur consentement a été recueilli. La personne était libre d'accepter ou de refuser de participer à l'étude et de sortir en tout temps de l'étude, sans que cela ne lui porte préjudice. Les informations recueillies lors de cette étude demeureront strictement confidentielles et le droit d'accès aux informations s'exerce à tout moment auprès du responsable de l'étude.

Le fichier informatique de transcription des entretiens est totalement anonymisé, chaque entretien ne porte qu'un n° d'identification. L'étudiant-chercheur qui a réalisé cette étude est 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 d'éthique de la recherche sectoriel de l'Université de Montréal conformément à tous

travaux qui sont réalisés dans le cadre d'une recherche relevant des travaux des étudiants qui y sont inscrits. Ce comité a attribué le certificat d'approbation à notre projet attestant la conformité de notre projet aux règles générales d'éthique en recherche. Conformément aux 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) pour effectuer cette recherche. Enfin, nous avons déclaré notre fichier informatisé des données personnelles collectées pour cette recherche auprès de la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

### 3.2 Description du terrain

Comme nous l'avons signalé dans la première partie de ce rapport, les SPASAD existent depuis 2004. Ils ont été créés dans le but d'améliorer la qualité du service rendu par les services existants à savoir les SAD et les SSIAD qui sont des structures distinctes dans leurs modes d'organisation et de financement et ayant des spécificités dans leurs missions mais qui sont complémentaires et non exclusives. Leur objectif est d'améliorer la qualité de la prise en charge des personnes âgées vivant à domicile 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.

Deux services (SPASAD 1 et SPAD 2) se trouvant dans deux arrondissements différents de Paris et assez distants vont participer à notre étude. Ces deux structures ont été choisies sur deux critères ; d'une part celui de la faisabilité pratique (l'accessibilité du service par le chercheur et l'acceptabilité de la part des dirigeants de 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 et aux caractéristiques sociodémographiques des personnes habitant les quartiers desservis par ces deux structures. Comparativement à la structure n°2, la première est située dans un arrondissement dont la population a un niveau socioéconomique très élevé avec la présence de plusieurs organismes privés de services à la personne et un nombre plus élevé de personnes âgées. Les deux services ont eu l'agrément qualité et sont certifiés.

### 3.3 Présentation des cas

#### Description de la structure 1 :

Créée en 1984, l'association qui gère le SPASAD 1 résulte 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 socioéconomiques. Il dispose d'un service d'aide à domicile avec un volet mandataire et prestataire et le service de soins infirmiers à domicile. Ils partagent tous les trois les mêmes bureaux.

Le service prestataire a 401 clients, et le service mandataire 170 bénéficiaires. Quant au service de soins infirmiers à domicile, il compte 307 places. Certaines personnes (67 au moment de notre étude) sont prises en charge par les deux services (le service d'aide et le service de soins).

Le service de soins compte 5 secteurs, avec un responsable du service de soins et 5 coordinateurs (trices). La grande majorité des aides-soignants (tes) travaillent en mi-temps. Chaque secteur dispose environ 15. Aides-soignantes qui tournent tous les 2 mois avec une charge de travail de 6 personnes en moyenne par jour.

Le service prestataire compte 2 secteurs. L'équipe d'encadrement est composé d'une responsable coordinatrice et 4 coordinateurs (trices) de secteur. Ils planifient et gèrent les prestations de leurs équipes. Quant à l'équipe d'intervenants, ils sont au nombre de 100 avec trois catégories d'intervenants : les agents à domicile, les employés à domicile et les auxiliaires de vie sociale. Chaque intervenant s'occupe en moyenne de 6 personnes par jour. Le service mandataire compte 130 intervenants.

#### Description de la structure 2 :

Il s'agit d'un service polyvalent géré par une association régie par la loi 1901, créée en 1960 et reconnu comme un SPASAD depuis 2007. Cette structure assure les services d'aide et de soins à domicile. Il a un service prestataire d'aide à domicile et un service de soins infirmiers à domicile. Il a la capacité de 260 places pour le service de soins. Au moment de notre étude, ce service comptait 215 bénéficiaires. Le service d'aide avait environ 366 bénéficiaires. Et les deux services avaient en commun 150 personnes. Jusqu'à la fin de 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 par une coordinatrice et des responsables de secteurs. Chaque responsable de secteur organise les plannings d'environ 50 intervenantes, elle met en place les interventions, et 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. La responsable de secteur organise et assure le bon déroulement de l'intervention. Une fois par an, elle fait la réévaluation pour les personnes qui bénéficient d'une aide financière de la part de leur mutuelle. Pour ceux qui ont l'APA, la réévaluation est faite quand la situation se dégrade afin de pouvoir demander un changement du plan d'aide, donc revoir le montant de l'APA. C'est elle qui règle les difficultés de tous les jours des bénéficiaires et des intervenants en collaboration avec la coordinatrice. Chaque mois, elle rencontre les intervenants qui viennent récupérer le planning du mois et déposer la fiche qu'elles font signer par les bénéficiaires pour preuve des heures effectuées chez la cliente.

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 au nombre d'environ 150 personnes dont certains sont en temps partiel. Ils apportent l'aide aux bénéficiaires dans les actes de la vie quotidienne en préparant les repas, aident les personnes âgées à prendre leurs repas, à faire leur toilette, à s'habiller, à faire leurs courses, à entretenir leurs logements, et elles peuvent accompagner les personnes dépendantes en promenade et pour des démarches administratives etc.

Le service de soins compte 2 coordinatrices de secteurs. Au moment de notre évaluation, le troisième secteur venait d'être partagé sur les deux secteurs restants. Ce service compte également 9 infirmières dont 2 à temps pleins et des aides-soignantes. Chacun s'occupe en moyenne de 7 personnes par jour.

La structure compte aussi sur l'équipe de soutien composée par un psychologue qui travaille à mi-temps, un animateur social à mi-temps et un ergothérapeute en temps plein ainsi que des bénévoles.

**Tableau 1:** Caractéristiques des deux SPASAD

	<b>SPASAD1</b>	<b>SPASAD2</b>
Année de création	<b>1984</b>	1960
Depuis quand la structure a un statut de SPASAD	<b>2007</b>	2007
Statut (Associatif, public, privé à but lucratif ....)	<b>associatif</b>	Privé à but non lucratif. Fondation
Convention Collective en vigueur pour les Salariés	<b>Ccu+fehaps</b>	CC 1893 pour SAD et CC51 pour les soins
<b>Nombre total des bénéficiaires de &gt; de 65 ans</b>		
<b>Pour le SAD :</b>		
Prestataire :	<b>401</b>	<b>366</b>
Mandataire :	<b>170</b>	<b>0</b>
<b>Pour le SSIAD</b>		
Nombre total des personnes :	<b>307</b>	<b>215</b>
Nombre en commun avec le SAD	<b>61</b>	<b>150</b>
<b>Le nombre d'intervenants</b>		
Agents à domicile	<b>62</b>	68
Employés à domicile	<b>17</b>	11
Auxiliaires de Vie sociale	<b>21</b>	39
Aides-Soignantes	<b>86</b>	32
IDE	<b>13</b>	8,9
Ergothérapeutes	<b>2</b>	1
Psychologues	<b>2</b>	0,5
<b>Le nombre d'intervenants (équipe multidisciplinaire)</b>		
<b>Equivalent Temps pleins :</b>		
Agents à domicile	<b>20</b>	38
Employés à domicile	<b>6</b>	4
Auxiliaires de Vie sociale	<b>14</b>	16
Aides-Soignantes	<b>14</b>	14
IDE	<b>9</b>	2
Ergothérapeutes	<b>2</b>	0
Psychologues	<b>1</b>	1

### 3.4 Résultats

Cette section présente les résultats de l'analyse des entretiens individuels réalisés au cours de notre recherche. Ces entretiens avaient comme objectif de comprendre comment les trois différents groupes d'acteurs (personnes âgées, intervenants professionnels et gestionnaires) perçoivent la qualité de l'aide et de l'accompagnement. Pour une question de moyens et de faisabilité, nous n'avons pas interrogé les aidants naturels (famille), même si personne n'ignore que ce sont des acteurs qui jouent un rôle principal quand ils sont présents. Au total nous avons réalisé 67 entretiens qui correspondent à 2790 minutes d'enregistrement. Le nombre d'entretiens réalisés pour chaque catégorie d'acteur est présenté dans le tableau n°2.

Les entretiens étaient structurés en trois parties. La première partie portait sur les éléments de la structure et sur la perception générale de ce qu'est la qualité de l'aide et de l'accompagnement ainsi que les éléments pouvant diminuer cette qualité attendue. La deuxième partie concernait les attributs d'un processus de qualité d'une intervention d'aide et d'accompagnement (clinique et organisationnel) et enfin, la troisième partie abordait la question des résultats que les acteurs pouvaient attendre de cette intervention.

Même si les questions pouvaient ne pas être formulées de la même façon selon les différents groupes d'acteurs, les thèmes abordés étaient les mêmes. Ils étaient susceptibles de permettre de saisir les similitudes ou les divergences éventuelles entre les acteurs lors de l'analyse pour avoir une compréhension globale de ce qu'est la qualité pour une intervention qui peut paraître simple mais qui ne l'est pas en réalité.

Bien que le recueil des données pour notre étude n'ait pas l'objet de juger ou d'apprécier la qualité du service rendu, nous avons rencontré au départ les difficultés de le faire comprendre aux acteurs qui ne se sentaient pas à l'aise de participer. Ils avaient peur de s'exposer à une étude qui risque de compromettre leur situation, de leur travail ou celui de leurs co-acteurs. Ces réticences étaient partagées par tous les acteurs même les personnes âgées qui pensaient que leurs propos peuvent porter préjudice aux intervenants qui leur viennent à l'aide. Il nous a fallu leur expliquer plusieurs fois que ce qui nous intéresse est de comprendre leur perception sur la qualité de l'aide et de l'accompagnement. Nous avons été obligés de le rappeler même au cours de nos entretiens, quand certains participants hésitaient à répondre à certaines de nos questions. En général tous les acteurs ont bien collaboré à l'étude.

Il nous semble important de rappeler que les propos que nous rapportons dans ce rapport ne doivent pas être interprétés comme accusateurs, jugeant ce qui est bien ou mal. Ils permettent tout simplement de comprendre ce que les acteurs perçoivent comme éléments de la qualité ou de la non-qualité d'un service d'aide et d'accompagnement. En les conjuguant avec les connaissances existantes sur la qualité des soins dans d'autres contextes, nous avons eu une compréhension qui permet de proposer un cadre conceptuel global et spécifique au contexte de ce que nous voulons apprécier. Cela nous permet de croire en sa validité de contenu et à son opérationnalité dans le contexte du domicile.

Les résultats que nous vous présentons ci-après sont ancrés dans la réalité quotidienne des acteurs qui vivent ces interventions d'aide et d'accompagnement. La totalité des résultats qui nous ont servi dans notre démarche pour produire le cadre conceptuel que nous proposons n'est pas repris dans leur intégralité. Il s'agit d'une synthèse obtenue après l'analyse faite cas par cas et entre les cas. Celle-ci nous a permis d'identifier les attributs de chaque dimension de notre modèle conceptuel de départ et celles qui ont émergées lors de l'analyse.

Les extraits des verbatims que nous utilisons comme exemples pour illustrer nos résultats reprennent textuellement les propos des interviewés. Pour garder l'anonymat, les auteurs de ces citations sont signalés par un n° suivant la mention I-PA pour désigner une personne âgée, I-IP quand il s'agit d'un intervenant professionnel et I-G représente la catégorie des gestionnaires y compris les membres de l'équipe d'encadrement.

Au début de cette section nous allons décrire les caractéristiques sociodémographiques des participants et nous présenterons ensuite les résultats concernant la perception de ce qu'est la qualité de l'aide et de l'accompagnement des personnes âgées au domicile. Ces résultats seront présentés suivant les différentes dimensions de la qualité selon le modèle conceptuel retenu pour notre étude. En second lieu, nous proposerons le cadre conceptuel pour la mesure de la qualité de l'aide à domicile au sein d'un SPASAD et nous terminerons en proposant des indicateurs qui peuvent être utilisés pour apprécier la qualité d'une intervention d'aide et d'accompagnement.



### 3.4.1 Déroulement des entretiens et caractéristiques des participants à l'étude

Parmi les soixante-sept entretiens individuels semi-structurés réalisés, ceux des personnes âgées ont été réalisés à leur domicile, ceux des professionnels ont eu lieu au siège de chaque SPASAD. Nous avons pu assister à des réunions de coordination organisées au sein de chaque SPASAD, ce qui nous a permis de comprendre le fonctionnement de ces structures. Tous les entretiens ainsi que la transcription ont été réalisés par l'étudiant-chercheur lui-même, ce qui a facilité l'appropriation des données et l'analyse de ces dernières pour une meilleure compréhension.

**Tableau 2 :** Le nombre des participants dans chaque cas par catégorie d'acteur

Participants	SPASAD 1	SPASAD 2	TOTAL
Personnes âgées	15	20	35
Professionnels (Intervenants)	7	16	23
Gestionnaires	5	4	9
<b>TOTAL</b>	27	40	67

Nous avons fait l'analyse au fur et à mesure de l'avancé du recueil des données jusqu'à la saturation. Nous avons recueilli également les données à l'aide de l'outil MDS/RAI-domicile pour chaque personne âgée interrogée afin de pouvoir décrire notre population. Ces données concernent leur état de santé et leur besoins éventuels. Etant donné que la sélection des participants n'était pas fait par un tirage au sort, le fait de recueillir ces données nous a permis d'être sûrs que nous ne retenons pas que les mêmes profils de personnes âgées dans notre étude, garantissant ainsi la diversification interne de notre échantillon. Les caractéristiques sociodémographiques des participants du groupe des personnes âgées sont présentées dans le tableau suivant.

**Tableau 3 : Caractéristiques sociodémographiques de personnes âgées interviewées**

	<b>Personnes âgées signalées</b>
Age : Moyenne)	<b>85</b>
Min	<b>70</b>
Max	<b>99</b>
Femme (%)	<b>79</b>
La personne vit seule (%)	<b>61</b>
Déficiences cognitive (%)	<b>61</b>
Santé perçue comme passable ou mauvaise (%)	<b>75</b>
Présence de dyspnée (%)	<b>40</b>
Ne prend pas sa douche de manière autonome (%)	<b>91</b>
N'est pas autonome pour son hygiène personnelle (%)	<b>53</b>
Ne s'habille pas seule la partie inférieure du corps (%)	<b>81</b>
Ne marche pas seule (%)	<b>32</b>

### 3.4.2 La perception de ce qu'est la qualité de l'aide selon les différents acteurs

Les résultats de notre étude confortent l'hypothèse de départ. La qualité de l'aide et de l'accompagnement à domicile des personnes âgées ne se résume pas seulement à l'accomplissement de l'acte de ménage ou d'aide à la toilette. L'aide à domicile consiste en une intervention qui se déroule dans le temps, plus ou moins longue, et qui s'étend de l'espace du domicile de la personne et se prolonge au sein de l'organisme prestataire.

La qualité de cette intervention concerne à la fois les aspects de la structure, des processus et des résultats. On relève dans le discours des acteurs interrogés, l'interdépendance de ces trois champs pour qualifier de ce qu'ils considèrent comme critères de qualité pour un service d'aide. D'où l'importance de tenir compte de cette interdépendance lors de l'appréciation de la qualité de l'aide à domicile. Même si la qualité de l'aide devrait être appréciée directement au niveau des processus clinique et « organo-clinique », plusieurs éléments de la structure qui concernent en même temps les acteurs et le système déterminent la qualité d'une intervention mise en place. Les résultats obtenus peuvent également servir comme indicateurs indirects d'un processus d'aide de qualité. Cependant, ils peuvent être influencés par les éléments liés à la structure qui est dans notre conception plus large que la structure prestataire.

Même si les acteurs perçoivent la qualité de l'aide à travers l'ensemble des éléments qui se situent à la fois dans les champs de la structure, des processus et des résultats, elle relève

avant tout de la relation interpersonnelle qui est l'élément central tel que cela a été identifié chez tous les acteurs. On retrouve un consensus sur cet attribut parmi les différents acteurs, même les professionnels ne considèrent pas la technique comme le premier élément principal de la qualité comme c'est le cas pour les soins médicaux.

Nous avons constaté par ailleurs un sentiment d'insatisfaction chez les acteurs. Même si cette insatisfaction est exprimée de manière différente, elle est beaucoup liée au manque de temps pour que les acteurs puissent avoir une relation interpersonnelle de qualité. D'où le sentiment d'avoir des interventions inachevées, faites à la va vite, qui laissent parfois un sentiment de frustration chez les acteurs. Ce sentiment d'actions inachevées est aussi lié au manque de vision globale et intégrée dans l'organisation des interventions d'aide et de l'accompagnement.

Nous avons remarqué également que la satisfaction qui est souvent considérée comme un indicateur de qualité du service d'aide couvre plusieurs réalités d'insatisfaction qui sont loin d'être négligeables mais qui ne sont pas signalées comme telles, soit par le fait que les acteurs sont résignés par rapport à leur situation, soit par compassion ou par solidarité. Cette solidarité n'existe pas seulement entre les acteurs de la même catégorie, elle est présente aussi chez les personnes âgées envers les intervenants. Nous y reviendrons ultérieurement. dans la suite.

#### *a) Au niveau de la structure*

Les caractéristiques de deux acteurs clés (personnes âgées et intervenants professionnels) sont essentielles pour qu'un service d'aide soit de qualité. L'état de la personne âgée, son caractère, son expérience de vie et parfois celle de ses proches jouent et déterminent ses attentes et sa satisfaction qu'elle peut avoir par rapport au service d'aide. De même, les caractéristiques des professionnels comme la qualification, leur expérience, leurs objectifs et leur qualité humaine contribuent dans la production d'un service de qualité.

I-PA-21 : « *Parce que dans le temps et même il n'y a pas long, tout le monde n'avait pas ça, Dieu merci. C'est beaucoup, il ne faut pas le nier, il ne faut pas le nier ! On est aidé avec ça. Je ne veux pas qu'on vienne me cirer, m'astiquer, me poser sur un trône. Je suis heureuse d'avoir cette aide parce qu'avant il n'y en avait pas, et tout le monde n'en a pas, on n'est pas ingrat. Comprenez, qu'on paye ou on ne paye pas, mais on est content de notre sort* ».

I-PA-23 : « *Je suis contente, elles sont très gentilles, toutes sont gentilles, serviables, tout ce qu'il faut pour prendre soin de moi* ».

*I-PA-11 « Ils nous apportent autre chose que du matériel, la présence et la gentillesse ... »*

*I-G-02 « Il faut arriver à jongler entre les contraintes, le temps de prise en charge, le temps de contrats de travail, le temps de résultats de modulation, les contraintes liés aux conventions collectives, les contraintes de sécurité liés au code du travail .... ».*

Nous n'allons pas beaucoup développer tous ces aspects de la structure qui ont fait l'objet de beaucoup d'analyses quant à leur influence sur le processus de production comme élément structurant et qui sont souvent concernés par les évaluations normatives habituelles.

Cependant, il faudrait que ces évaluations concernant les aspects de la structure soient faites de manière à permettre l'appréciation d'une part de leur cohérence avec les besoins identifiés des acteurs et d'autre part de leurs capacités de permettre la prise en charge globale et intégrée. La non-cohérence et la non-pertinence des moyens mis à disposition des acteurs aboutissent à des situations paradoxales. Souvent les personnes moins dépendantes et qui n'ont pas besoin d'un volume d'heure d'aide plus important se voient attribuer des aides beaucoup plus importantes par rapport à ce dont elles ont besoin. Ce sont elles qui sont moins satisfaites du service rendu selon les témoignages des gestionnaires. Dans ces situations, leurs demandes sont en décalage avec ce que les professionnels peuvent juger comme pertinentes et les intervenants ont l'impression d'être considérés comme des femmes de ménage.

#### *b) Au niveau des processus*

Contrairement aux prestations médicales classiques qui se déroulent au sein d'une institution hospitalière et qui sont souvent limitées dans le temps, l'aide aux personnes âgées dure sur du long terme et l'interaction humaine joue un rôle important pour la qualité du service rendu. Elle se déroule à la fois à domicile et se prolonge en institution (au sein de l'organisme prestataire). Le suivi de la personne âgée est fait souvent par plusieurs acteurs appartenant à plusieurs structures avec des modes de fonctionnement différents. Ce sont souvent les SPASAD qui doivent se conformer aux exigences des autres acteurs.

La qualité de l'aide qui se mesure directement au niveau des processus doit concerner à la fois ce qui se passe à domicile et au sein de la structure prestataire. Au domicile, le processus de l'aide se fait à travers une relation du caring. La qualité de la relation entre les acteurs est l'un des critères importants pour qu'un service d'aide soit de qualité. Il peut s'agir de la relation interdépendante entre la personne aidée et l'intervenant ou la relation collaborative entre les intervenants entre eux et avec d'autres professionnels. Certains critères sont transversaux

entre les différentes sous dimensions et peuvent être mesurés différemment selon qu'on veut apprécier telle ou telle sous dimension. Pour donner un exemple, la communication est l'un des critères cités par tous les acteurs, elle peut être appréciée par observation directe lors de l'interaction entre la personne aidée et l'intervenant, mais aussi à travers les outils de communication qui servent pour les professionnels à communiquer entre eux. De même, certains critères sont exclusivement mesurables pendant la relation du caring, d'autres sont à la fois mesurables au moment du caring mais aussi à l'aide des indicateurs l'organo-clinique. Par exemple la prise en compte de la personne dans sa globalité peut être appréciée au moment de la prestation d'aide, mais aussi par des outils organo-cliniques comme le plan d'aide individualisé prenant en compte la globalité de la personne.

### **La qualité relationnelle**

La qualité relationnelle est l'un des éléments considérés par les acteurs comme critère principal. Bien que les gestionnaires perçoivent d'avantage la qualité à travers les aspects plus organisationnels notamment l'organisation de l'intervention, ils soulignent eux aussi qu'ils passent le plus de leur temps à s'occuper de cet aspect relationnel.

Nous avons constaté par ailleurs, que beaucoup de personnes âgées tolèrent mieux un manque de la qualité dite technique et organisationnelle que de la qualité relationnelle. Contrairement à ce qu'on a tendance à dire que le « turnover » n'est pas accepté par les personnes âgées, elles sont plus gênées par le fait que les intervenants qui viennent à leur domicile ne connaissent pas leurs habitudes et que leur façon de travailler donne l'impression qu'ils sont étrangers au domicile par rapport à ceux qui sont habitués à venir.

*I-PA-22 : « ... celle qui est là est habituée à moi ! Alors que ceux qui viennent en remplacement, elles faisaient leurs trucs en vitesse. La cuisine, elle était nettoyée comme ça, elles ne se fatiguaient pas beaucoup, j'étais obligée de leur dire de descendre la poubelle alors que c'est leur boulot. Celle qui est là, je ne suis pas obligée de lui dire. Tous les après-midi j'ai quelque chose à prendre, un médicament. Quand elle est là, je ne suis même pas obligée de lui demander, elle sait qu'à telle heure, j'ai un médicament à prendre, vous voyez que c'est bien. Même si elle ne vient pas tous les jours, quand elle est là, elle me le donne, je trouve ça formidable. Hier elle me l'a donné je n'y penser même pas, elle est très bien ! ».*

Concernant le relationnel, les personnes âgées insistent beaucoup sur les qualités humaines de l'intervenant notamment : la gentillesse, la gaîté, la joie de vivre, etc.. Ces éléments sont déterminants pour le bon déroulement de la prestation et de la perception qu'en ont les

personnes âgées de sa qualité. Un service peut être jugé de non-qualité bien qu'il soit techniquement irréprochable. Les comportements de la personne âgée à l'endroit des intervenants peuvent aussi influencer l'engagement de ces derniers et celui des gestionnaires dans sa prise en charge.

I-PA-26 : *« Moi, je suis bien, quand j'attends ce qu'elles me racontent, les pauvres! Il y a des personnes qui ne sont pas gentilles avec elles, alors que moi quand elles arrivent, on prend un café ensemble, sont des personnes comme nous, elles se sentent bien chez moi ».*

Quand on demande aux acteurs ce qu'ils considèrent comme éléments importants pour qu'un service d'aide soit de qualité, voici quelques réponses en rapport avec les qualités humaines.

I-PA-03 : *« la qualité ? C'est la sympathie, la gentillesse, la façon de parler, s'il le fait de façon amicalement ou comme un travail quoi! La sympathie est plus ou moins grande, l'ambiance est créée,... on a l'impression que de son côté elle a le plaisir de venir m'aider ...».*

I-PA-06 : *« qu'elles soient gentilles, qu'elles soient actives, comme celle que j'ai maintenant depuis deux ans, elle très gentille, très active, elle sait beaucoup de choses .... ».*

Nous remarquons à travers ce discours que les personnes âgées apprécient une relation d'aide qui leur permet de se sentir utile et valorisée à travers cette relation qu'elle entretient avec l'intervenant.

I-PA-12 : *« une certaine gentillesse, une certaine douceur, elles le sont en général ....pas de brutalité ».*

De même chez les professionnels et les gestionnaires, la qualité relationnelle est un élément déterminant pour qu'un service d'aide soit de qualité pour eux et pour les personnes âgées. Un gestionnaire nous disait que *« ... parfois je me demande comment ça pourrait être pire quoi, par exemple il y a quelque chose que vous aurez dû entendre, une nouveauté qui me choque moi, il y a une négociation de la convention collective pour instaurer un temps minimal de l'intervention de 30 minutes ! C'est claire, si c'est écrit, ça veut dire que c'est faisable et les gens vont demander, les financeurs vont demander qu'une intervention ne dure qu'une demi-heure. Nous ici on tient à ce que ça soit deux heures au moins, on est très loin de ça, les syndicats ont accepté ça car il y a ceux qui craignent que ça soit moins que ça ! Je trouve très dangereux d'écrire ça, enfin !... Ils ignorent les besoins des personnes âgées, ils ignorent comment ça se passe, ils sont dans la logique industrielle, c'est-à-dire : il a besoin des courses, ça dure autant tac-tac, ils ont besoin de faire le repas, de faire une toilette ça dure*

*autant, Tout est calibré, c'est vraiment industrialisé. Si on veut être dans la logique d'accompagnement, il faut que ce temps relationnel soit reconnu quoi ! Les personnes âgées ne sont pas dans une urgence, dans un temps dynamique, ils sont dans un temps long, si on arrive et tac-tac qu'on les bouscule, qu'on n'a pas leur temps de leur dire bonjour, ça ne va pas... » (I-G-01).*

*Un professionnel, lui, nous disait, « ... le respect déjà, heuu qu'est que je peux vous dire, c'est difficile comme question, c'est quelque chose qu'on ressent, chacun travaille de sa manière, après chacun trouve ses marques... en fait des gens en général en parle beaucoup, donc eux-mêmes peuvent nous dire ce qu'ils ressentent après. Le soin lui-même, ce n'est pas l'acte en lui-même, n'est pas important, c'est tout ce qui est autour, c'est le contact, c'est relationnel, le respect qu'on a envers eux,... nous ce qui est important c'est ce qu'il a ressenti de notre intervention... Après, de toutes les façons on est seul, personne d'autres ne peut juger notre travail, .... J'observe ses regards, faire des choses avec douceur, pas les bousculer, il faut être patient quand on travaille avec les personnes âgées, tenir compte des réactions de la personne il faut les mettre en confiance et voilà, après c'est le respect ... » (I-IP-01).*

Le manque de relation entre les différents professionnels est souvent regretté par les intervenants. Le manque de cette bonne relation est source de conflits entre les intervenants des services d'aide et ceux du service de soins. « *Le fait de s'écrire sur des petits papiers on n'arrive pas à se dire ce qu'on veut dire* » (I-IP-01).

Des intervenants comme des personnes âgées, regrettent de ne pas pouvoir avoir une relation de qualité au moment de leur prestation à cause du manque de temps.

(I-IP-009) : « *C'est bien, ça pourrait être mieux, comme je vous ai dit on fait au mieux, mais heuu voilà, c'est que, ça dépend des périodes, il y a des périodes on a énormément de travail, donc comme je vous dis après c'est, c'est malgré nous, on est obligé de passer moins de temps, chez certaines personnes on est obligé de faire le plus vite, alors qu'on a envie de passer plus de temps parce que, heuu, moi personnellement ce qui m'intéresse c'est le relationnel, et pas le soin en lui-même. Sans se mentir, faire une toilette à quelqu'un ce n'est pas ce qui est le plus agréable. C'est le relationnel, le contact avec la personne qui est important, et çaaa voilà c'est le temps qui nous fait défaut, on ne peut pas faire comme on veut tout le temps !...mais je ne fais pas ce métier juste pour le soin* ».

Le relationnel a un impact considérable sur la satisfaction des acteurs. Il permet aux personnes âgées de surmonter ce que l'un des gestionnaires qualifie « *de deuil des personnes âgées du fait de céder aux autres tout ce qu'on avait l'habitude de faire soi-même sans que ça soit le manque de temps comme pour les autres services à la personne (I-G-002)* ».

### **La communication et l'écoute**

Même si ces critères de communication et d'écoute sont aussi liés directement aux qualités humaines que nous venons d'exposer ci-dessus, ils peuvent être considérés comme des qualités professionnelles qui sont liées aux compétences et à l'expérience, donc qui peuvent être acquises. Ces critères prennent place au moment de l'interaction entre l'aidé et l'aidant mais aussi entre les intervenants eux-mêmes.

L'écoute et la communication favorisent l'expression des personnes âgées qui se sentent considérées et impliquées dans le processus de leur prise en charge. Il s'agit pour les gestionnaires d'une attitude professionnelle que chaque intervenant doit avoir à l'égard de la personne âgée. La façon selon laquelle l'intervenant s'adresse à la personne âgée dès qu'il rentre en contact avec elle et au moment de l'intervention renforce le lien de confiance. Cela lui permet de recueillir le point de vue de la personne qui devrait être considéré dans toutes décisions prises. Pour reprendre les propos de l'intervenant, il faut échanger avec la personne de façon à « *l'amener outre part pour que la personne supporte notre aide* » (I-IP-04). La personne âgée nous a dit : « *Oui l'aide-ménagère cause bien, elle fait bien le travail, elle me cause bien, c'est une bonne compagnie* » I-PA-29.

La communication entre les intervenants de terrain et l'équipe d'encadrement permet de remonter l'information, de signaler les changements qui sont fréquents chez la personne âgée et qui nécessitent d'être pris en compte pour l'ajustement de l'intervention afin de répondre de façon adéquate aux besoins non seulement de la personne mais aussi des professionnels qui se sentent souvent délaissés.

I-IP-07 : « *Pour moi la première chose serait la communication ! Il faut une communication heuuuu transversale hyper fluide, il faut que tout le monde puisse se parler facilement, simplement, pouvoir communiquer, se dire les choses, il faut une communication qui soit heuuu simple. Du coup pour ça, il faut forcément les partenaires qui s'entendent bien, qui soient sur la même longueur d'onde, qui ont les mêmes objectifs. Je pense que quand on a la même volonté de bien faire les choses heuuu, ça facilite et ça fait forcément une qualité de prise en charge meilleure ! ... en plus il faut des outils communs, un respect du travail de*



*l'autre, et de l'organisation qu'on s'est donnée. On n'est pas indispensable, on n'est pas éternelle, ... il faut qu'un jour où on n'est pas là les autres puissent trouver les informations et prendre le relais pour que justement la qualité de prise en charge ne puisse pas être altérée puisqu'on n'est pas là».*

Le circuit de l'information doit être simple, pour permettre une utilisation facile par tous les acteurs. Une bonne communication permet la synchronisation des actions des différents acteurs, la continuité de l'aide et la bonne connaissance de la personne aidée.

*I-IP-10 « il faut communiquer avec la personne, lui expliquer ce que vous allez faire et la faire participer ».*

*I-IP-30: « ...comme j'ai dit, pour commencer quand vous arrivez chez une personne ne fut-ce qu'une bonne présentation déjà, essayer de savoir un peu plus sur la personne, essayer de lui parler, communiquer, voir comment il va réagir et en dehors de ça lui expliquer ce que vous allez faire, .... l'avertir et essayer de la faire participer. Et non pas prendre la personne heeee, je suis là, je commande ! Ils sont chez eux, on est chez nous, ils ont toutes leurs droits, leur dignité, il faut les considérer, on est là pour les aider, les considérer, je n'impose pas... ».*

*« Essayer de la convaincre, l'expliquer, négocier, s'il ne veut pas, on verra demain, c'est tout ça pour établir la confiance. S'il ne veut pas, je le marque et on verra demain, on est dans leur intimité, ce n'est pas nos objets, on est obligé de les demander, ils ont les sentiments comme nous, laisser-les faire le choix ».*

A travers nos interviews, certaines personnes, en particulier les intervenants, demandent à ce qu'ils puissent être écoutés eux aussi. *« Franchement on est un peu largués, si heee, c'est nous qui sommes obligés d'aller vers les responsables, mais eux ne viendront jamais vers nous pour demander comment on a ressenti les choses, comment on est, comment on se sent, c'est vraiment dommage ... c'est là où les moments entre nous collègues sont importants, on se parle, on a besoin de raconter ce qu'on a vécu, demander des conseils et avoir les avis. Oon a besoin d'extérioriser sinon c'est un travail qui est quand même difficile et qui peut euuuu, quand on rentre le soir chez nous, des fois on est complètement déprimé, comme on n'a pas eu l'occasion d'extérioriser ce qui s'est passé, ce qu'on a vécu et ce qu'on a ressenti quoi » (I-IP-19).*

La communication peut être verbale mais elle est aussi écrite. Elle peut se faire de façon verticale et transversale. Certains outils de suivi doivent faciliter la communication entre les professionnels : le plan d'aide individualisé et formalisé, le dossier d'accompagnement avec une utilisation facile et effective.

### **Le respect et la considération de la personne**

Une aide de qualité passe par la considération de la personne âgée en tant que sujet. Nous distinguons le respect et la considération de la personne, deux notions interconnectées mais qui sont opérationnalisées différemment. La considération de la personne dans le cadre d'un service d'aide va au-delà d'un simple respect. Il s'agit de la reconnaissance des capacités physiques, cognitives et sociales de la personne pour pouvoir l'aider à les maintenir, à les améliorer ou à les récupérer ce qui est récupérable. Les personnes âgées interrogées disent qu'elles souhaitent être considérées comme des personnes et non comme des objets.

L'une des personnes âgées nous disait « *il ne faut pas que je sois considérée comme un bout de bois* » (I-PA-05) et l'autre nous disait « *il faut nous considérer comme des personnes et non comme des morts-vivants* (I-PA-18). Celle-ci nous disait : « *....Quand je lui parle, qu'elle me réponde, qu'elle vienne me voir, quand je lui demande, qu'elle vienne voir si ce que je demande ça va, voir même si elle fait autre chose voir que c'est moi qui suis embêté.... que je ne sois pas une chose mais une personne* » (I-PA-15).

I-PA-12 : « *Ce qui me plait, 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 centré sur mon état de santé. Je sais des choses qu'ils sont contents de connaître*».

### **L'attitude professionnelle de l'intervenant**

Ce critère possède deux facettes, l'une se situe plus au niveau de l'implication du professionnel dans son intervention. Cette exigence est celle des personnes âgées qui ne veulent pas que l'intervenant ait une attitude très détachée au moment de leur intervention. L'autre est celle qui est exprimée par les gestionnaires. Ils l'expriment de manière différente mais complémentaire en soulignant l'importance pour les intervenants de savoir garder la « bonne distance ». Ils qualifient cette attitude « d'attitude professionnelle » qui permet à l'intervenant de savoir dire non à certaines demandes de la personne âgée sans que cela puisse nuire à la qualité de son travail ni à leur relation. Cette attitude demande à l'intervenant d'être

discret, non envahissant sans toutefois être trop détaché. La discrétion a été également évoquée par les personnes âgées comme l'un des critères qu'ils apprécient lors de leur prise en charge. Cette « attitude professionnelle » correspond en partie à ce qu'on demande aux intervenants à travers la notion de « ne pas s'attacher ». Cette instruction est souvent mal perçue par certains intervenants et certaines personnes âgées. Ils ne comprennent pas comment une telle instruction peut être donnée car ils la comprennent comme un détachement affectif. Après avoir discuté avec les gestionnaires, nous avons pu comprendre qu'il s'agit d'une mauvaise interprétation. Car, ces derniers demandent aux intervenants de connaître leurs limites en tant que professionnels et laisser la place à la personne âgée car elle est chez elle.

I-G-04 « *Les intervenants doivent avoir une attitude professionnelle : savoir dire non et prendre la distance qu'il faut sans être désintéressés* ».

I-PA-06 « *Nous aimerions que nos soignants soient discrets et sachent se comporter. Il y a une qui n'attendait même pas que je lui montre, elle voulait tout de suite prendre les photos, voir mes cartes postales ...* ».

I-G-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* ».

### **La connaissance de la personne et l'apport de l'aide globale**

Pour dispenser une aide de qualité, en plus de l'écoute, de la gentillesse, de la communication, etc., il faut connaître la personne, identifier et comprendre ses besoins. Nous évoquons cette notion de « comprendre ses besoins » car il ne s'agit pas seulement d'identifier les besoins de la personne âgée, il faut saisir leur signification, leur implication et leur sens en fonction du contexte qui est propre à la personne (le contexte social, sanitaire et environnemental), dans le but de lui proposer une aide globale et pertinente.

I-PA-25 : « *Qu'ils soient gentils, qu'ils soient aimables, qu'il ait une 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 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* ».

Un service d'aide et de soins doit être continu et réactive aux changements qui se produisent au cours du temps et qui affecteront l'autonomie de la personne âgée. Il doit s'efforcer de la maintenir et/ou d'améliorer. Prendre en compte les besoins de la personne âgée y compris le respect de son rythme de vie, n'est pas chose facile pour les organismes prestataires qui sont dans le contexte de manque de personnels. Mais cela reste une demande forte des personnes âgées.

I-PA-22 : *« Moi, je prends du temps quand j'entre à la douche, il y a une assurance que je n'ai pas, je veux qu'on me laisse du temps ... ».*

I-PA-15 : *« Ils faire le travail qui correspond à ce que je leur demande, comprendre parfaitement ma situation.*

I-PA-21 : *« Ils estiment que je n'ai pas besoin d'être aidée, heuu voilà, je ne sais pas si c'est marqué sur le carnet des soins mais le carnet des soins était fait il y a longtemps, et maintenant je suis plus handicapée qu'il y a 3 ans, je n'étais pas cassée les poignets ... ».*

I-PA- 10 *« Qu'on tienne compte du rythme journalier de chaque personne, un exemple, je ne suis pas du matin, ma vie professionnelle m'a conduite à faire beaucoup de chose le soir, à veiller ....Tenir compte des problèmes d'appétit, pour un malade, c'est important, on ne sait plus ce qu'on va manger ... ».*

Pour satisfaire à ces critères, une évaluation globale « comprehensive assesment » est requise. Elle permet non seulement d'évaluer les besoins de la personne, mais aussi ses capacités à maintenir ou celles qui sont récupérables. Il pourrait être établi un plan d'aide individualisé avec des objectifs ciblés permettant d'apporter une aide pertinente et cohérente à la situation.

Cela devrait probablement apporter une réponse à la question posée par le Turnover des intervenants. Comme nous l'avons souligné plus haut, nous avons pu comprendre pendant nos entretiens que ce n'est pas tant le fait que les intervenants changent qui posent problème aux personnes âgées, mais plus le fait que ceux qui viennent ne les connaissent pas et ne connaissent pas non plus le déroulement de l'intervention. Leurs manières de travailler sont également différentes de ceux qu'ils remplacent, ce qui perturbe les personnes âgées car elles sont obligées de tout réexpliquer.

Ce problème est confirmé par les intervenants qui se plaignent eux aussi que certains de leurs collègues ne travaillent pas bien. Ils disent qu'ils ne sont pas contents quand ils reviennent de vacances par exemple. Ils trouvent que le ménage n'est pas bien fait alors que leurs collègues devaient assurer le service comme eux le font. Certaines personnes préfèrent même ne pas

avoir d'intervenant en remplacement pour éviter ces problèmes. Même si cette question ne se résume pas seulement au manque de connaissance de la personne et du déroulement de l'intervention. Elle laisse penser que l'absence d'un plan d'aide bien formalisé, compris par tout le monde et facile à utiliser aggrave le problème posé par le turnover des intervenants.

I-G-02 : *« il y a une, elle a même refusé un remplaçant pendant les vacances. C'est vrai que ils y a ceux qui font n'importe quoi, parfois parce qu'ils ne connaissent pas bien la personne ».*

### **Une aide permettant de garder le lien social**

La personne âgée attend plus qu'un service de ménage, elle attend autre chose que du matériel. La présence est aussi importante que l'acte réalisé pendant le temps de l'intervention. Mais pour qu'elle soit significative, il faut la mettre en valeur et la préparer. Une intervention commence avant même d'arriver chez la personne en observant l'environnement proche de la personne. La plupart des personnes âgées souhaite qu'on leur dise ce qui se passe à l'extérieur, qu'on leur ramène les rayons de soleil de l'extérieur selon les termes d'une personne âgée.

I-PA-015 : *« Non, non, 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 ».*

Certaines personnes âgées ne sortent plus de chez elles, et souvent ne voient aucune âme dans la journée voire toute la semaine à part les intervenants. D'où leur souhait de voir qu'un intervenant assure le lien avec l'extérieur. C'est dans ce sens aussi que se fait l'accompagnement. Pour celles qui ne sortent plus, elles ont besoin qu'on les prévienne de ce qui se passe dans leur immeuble etc. L'une des personnes âgées nous disait qu'elle est contente quand l'auxiliaire de vie lui dit ce qu'elle a trouvé comme affiche à l'entrée ou au niveau de l'ascenseur.

I-PA-025 : *« A un moment je me suis dit, il y a l'une qui vient mardi à 9h et l'autre vient le vendredi à 16h, entre quatre à six. Quand je ne pouvais plus descendre toute seule, dans ma tête je me disais tiens, quand elle viendra j'y irai avec. Mais je mets beaucoup de temps à descendre les escaliers et à marcher dans la rue sinon j'allais me balader quoi ? Mais une demi-heure ! Elles n'auront pas le temps de faire les courses. Quand je sortais on mettait quoi, deux heures. Mais je vais la mobiliser si je sors avec ! Le temps de descendre, de*

*monter alors qu'avant ça me motiver. Soit je sors, soit elle fait des courses ; c'est l'un ou l'autre ! »*

### **L'implication des acteurs dans l'intervention**

Même si ce critère est déterminé par les éléments de la structure comme les caractéristiques des intervenants, il prend corps pendant le processus clinique et organo-clinique d'aide. L'implication demande l'engagement des intervenants dans le soin. Il faut que les intervenants se sentent concernés par le bien-être des personnes âgées. L'engagement des intervenants est ressenti par les personnes âgées au moment de leur prise en charge. L'organisation de la structure doit permettre et favoriser l'émergence et le renforcement de cet engagement, le faire vivre en favorisant le sentiment d'appartenance à un projet commun, qui se construit avec eux et pour eux aussi. Nous avons remarqué qu'à cause des réglementations qui sont différentes selon les statuts des intervenants, certains aspects de ces réglementations provoquent un sentiment d'inégalité entre les intervenants. Ce sentiment est parfois justifié comme l'une des coordinatrices du service d'aide nous l'a expliqué. Par exemple, certaines conventions collectives avantagent certains intervenants sur des aspects qui sont pourtant partagés par tous les intervenants. Dans une telle ambiance, il est difficile de renforcer le sentiment d'appartenance qui devrait renforcer l'engagement des intervenants.

*I-G-02 : « Vous vous rendez compte que certains des intervenants selon leur catégorie, n'ont pas de tickets resto, alors que d'autres en ont ... c'est difficile pour eux, il y a beaucoup d'inégalité... ».*

L'engagement des intervenants dans leurs prestations renforce la confiance qu'ont les personnes âgées en eux. Il permet aux personnes âgées d'exprimer leurs besoins avec confiance, car, elles sont convaincues que « *les intervenants ne viennent pas seulement pour gagner de l'argent mais pour l'aider à « vivre normalement » (I-G-005).* Ainsi, le service prestataire saura les problèmes réelles de la personne et pourra chercher les solutions ensemble avec les autres acteurs. L'appréciation de cet engagement passe par l'appréciation de la « disponibilité » de l'intervenant lors de sa prestation auprès des personnes âgées et son implication dans le projet de la structure. Quand les personnes âgées se rendent compte qu'un intervenant vient juste parce qu'il doit faire un travail, elles sont bloquées et n'ont pas envie d'exprimer leurs besoins. Les intervenants qui se sentent concernés par la qualité de l'aide qu'ils apportent à la personne âgée, assurent un véritable lien entre le domicile et la structure en jouant le rôle « d'advocacy » pour la personne aidée. Ils signalent tout changement

pouvant compromettre l'atteinte des objectifs et la qualité du service rendu à la personne qui bénéficie de l'aide. Les gestionnaires reconnaissent ce rôle important que les intervenants doivent jouer pour que les SPASAD soit réactifs aux problèmes que les personnes âgées rencontrent au quotidien.

I-G-02, I-G-07 : *« ce sont les intervenants qui nous donnent des informations, qui nous permettent de savoir ce qui se passe sur le terrain ».*

Un gestionnaire disait lors de l'entretien que le personnel ne doit pas être dans une démarche corporatiste ou individuelle, mais qu'ils doivent travailler ensemble et s'investir au projet de l'établissement, même s'il reconnaît que c'est difficile dans l'organisation actuelle, en plus dans le contexte parisien.

(I-G-01) : *« .... Il faut que les gens adhèrent à un projet collectif et qu'ils ne soient pas dans une démarche soit individuelle ou corporatiste, ..... il faut qu'il travaillent bien ensemble, même s'il y a des résistances parce que ce n'est pas naturelle de travailler ensemble, travailler ensemble c'est être plus humble et accepter le regard de l'autre sur ce que l'on fait et puis la critique de l'autre ... ».*

I-PA-07 : *« Les éléments qui influenceront la qualité de l'aide : la disponibilité au moment de la prise en charge (sensation qu'ils sont là) ».*

L'implication n'est pas seulement celle des acteurs, celle de la personne âgée en tant qu'acteur est aussi primordiale. Elle peut être au moment de la réalisation de l'intervention ou en amont lors de la prise de décisions la concernant. Elle peut demander de déployer ses capacités physiques, intellectuelles ou sociales, ce qui lui permet de se sentir soignée et considérée et augmente sa motivation, son implication ultérieure et augmente enfin son « empowerment <sup>4</sup> ».

Autre part cette implication favorise la prise d'initiatives des intervenants et permet de connaître d'avantage la personne pour mieux l'aider et l'accompagner. Cette attitude est beaucoup appréciée par les personnes âgées interrogées, et ça valorise aussi les intervenants.

I-PA-05, I-PA-16 *« j'aime quand ils font les choses sans que je sois obligé de leur dire, prendre d'initiative c'est important.... pouvoir faire des choses spontanément »*

---

<sup>4</sup> Empowerment désigne « la capacité d'un individu à prendre des décisions, à exercer un contrôle sur sa vie personnelle..... » (Shankland, R., Saïas, T., & Friboulet, D. (2009). De la prévention à la promotion de la sante : Intérêt de l'approche communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 15, 65-76.

### **La durée de l'intervention**

La durée de l'intervention est aussi un critère qui est repris par les différents acteurs, même les gestionnaires. Bien que ce soient eux qui organisent la durée des interventions accordées à la personne, ce ne sont pas eux qui déterminent le volume d'heures accordé à la personne. Ce sont les organismes qui financent l'aide qui le déterminent. Les gestionnaires trouvent que dans certains cas, les heures sont insuffisantes pour apporter une aide de qualité et dans d'autres cas, ils en ont plus que ce dont ils ont besoin. Même si le volume d'heures est déterminé en fonction des besoins de la personne âgée, il est aussi fonction de sa capacité à payer la part qui lui revient (ticket modérateur). Quand cette part n'est pas calculée sur chaque heure bénéficiée, certaines personnes choisissent de bénéficier seulement du volume d'heures qui correspond au montant payé par le département pour ne pas payer le ticket modérateur. Par ailleurs, la hiérarchisation des besoins identifiés détermine la part du montant alloué à tel ou tel besoin. Parfois, on privilégie les besoins en matériel onéreux (les couches,...). On se retrouve alors avec l'aide humaine nécessaire mise en dernière position alors que celle-ci demande beaucoup de temps qui doit être financée. Par conséquent, la personne se retrouve avec un montant insuffisant pour avoir suffisamment d'heures pour l'aide humaine nécessaire.

I-G-02 : « *Que ça soit deux heures pour passer l'aspirateur, ça suffit largement, 6 heures par semaine pour faire que ça, ça me paraissait aberrant. Par contre deux heures, ça ne nous laisse pas le temps pour faire autre chose, ça ne nous laisse pas le temps de discuter, pas le temps de sortir ....* ».

La durée de l'intervention est jugée insuffisante dans la plus part des cas. C'est l'un des éléments qui cause l'insatisfaction des acteurs qui sont en "interaction" au quotidien notamment les personnes âgées et les intervenants, ils n'ont pas assez de temps pour le relationnel. Comme nous l'avons souligné plus haut, certains gestionnaires s'inquiètent car elle risque de diminuer avec les nouvelles perspectives qui sont annoncées.

I-PA-21 : « *Bien soigné ? Il y a beaucoup de choses. Mais les soins sont biens, seulement les gens qui viennent me doucher et tout ça, sont pressés. Ils n'ont pas le temps de me doucher comme ils veulent, ce manque de temps peut parfois,... Ils sont très très pressés, pour m'habiller aussi. Parce qu'on leur donne beaucoup de personnes en même temps, ils ont un temps par personne, alors 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 nus à les attendre. Il faut qu'ils nous donnent un temps à se déshabiller et à arriver dans la salle de bain ! Je ne sais pas si c'est leur faute ou pas, mais ils ont une liste heuu !*



*Mais cette semaine on a eu une dame, toute pétillante, "non non ne vous pressez pas, prenez le temps", il y a ceux qui le disent surtout quand vous êtes les derniers on prend du temps ! Nous, en attendant on a ri, ça nous a animé, il y en a qui sont vraiment adorables mais il y a d'autres qui sont sèches ».*

La plupart des personnes âgées soulignent le fait que les intervenants sont pressés, ils n'ont pas le temps pour leur permettre d'exprimer leurs besoins et ne peuvent les accompagner à leur rythme. Ils ont l'impression « *que dès l'entrée de certains intervenants à domicile, ils leur font comprendre qu'elles ne sont pas les seules à s'occuper* ». Dans ce cas, l'intervenant décide de ce qui doit être fait, sans que la personne âgée exprime ses choix.

I-PA-01 : « *J'aimerais faire la douche mais on me fait une toilette au lavabo, je n'ai même pas le temps de lui dire...* ».

I-PA-06 : « *le problème, ils viennent et ils partent sans qu'on est le temps ...* ».

Par ailleurs, les intervenants, même s'ils disent qu'ils font ce qu'ils peuvent, par rapport aux moyens matériels et au temps qu'ils ont, ils se sentent en même temps frustrés et se culpabilisent car qu'ils ont l'impression de faire le minimum à cause du temps très court qu'ils passent chez les personnes âgées. Ils aimeraient faire plus d'accompagnement et des activités autres que l'aide au ménage ou à l'aide à la toilette.

### **La qualité organisationnelle et la réactivité**

La spécificité du service d'aide à domicile est liée en partie au fait qu'il se déroule dans deux univers différents (le domicile et l'institution), elle peut durer quelques jours ou plusieurs années. Ainsi, les critères d'appréciation de sa qualité s'inscrivent aussi dans la durée. La bonne gestion du temps et de l'information font partie de ses critères de la qualité du service d'aide. La ponctualité et les horaires de passages ont été évoqués par plusieurs participants à notre étude.

L'irrégularité des heures de passage (surtout pour l'aide à la toilette) peut être source d'angoisse ou d'ennui pour les personnes âgées qui ne savent pas quand les intervenants vont passer pour pouvoir organiser leur matinée. Comme ce sont les plus ou moins valides et capables de sortir qui sont aidées en dernier, elles sont parfois obligées de rester à la maison pour attendre le passage des intervenants.

Dans la plus part des cas, quand un intervenant est en retard ou empêché, les responsables de secteurs ou les coordinatrices de secteurs avertissent la personne, mais il arrive que ce soient

les personnes âgées qui appellent pour savoir ce qui se passe, elles désapprouvent dans ce cas l'organisation du prestataire.

I-PA-13 : *« Il faut que s'ils viennent à l'heure que je n'ai pas à attendre toute la matinée, ...c'est embêtant, quand on ne sait pas quand ils viennent ...qu'ils viennent tous les jours comme c'est convenu et pas qu'ils sautent les jours et attendre pour rien ..., c'est la seule chose que je trouve déficiente ».*

I-PA-21 : *« J'aime qu'aussi on m'avertisse afin que je sois chez moi. Je ne vais pas que cette la personne arrive et s'en aille et qu'ils disent que je ne suis pas là. Je vais qu'on soit correcte avec moi comme moi je le suis avec eux, j'attends un coup de fil je sens que je veux être obligée de rappeler».*

Les passages du soir sont un problème des acteurs qui ont du mal à trouver la solution dans l'organisation actuelle. Les personnes âgées qui ont besoin de plusieurs passages de soignants dans la journée, celui du soir est fait trop tôt. Par conséquent le repas du soir et le coucher sont fait de bonne heure et les personnes âgées n'apprécient pas d'être au lit à 18h. Ce problème touche aussi les intervenants. Leur journée de travail est longue alors que toutes les heures ne sont pas comptées en temps de travail. Leur planning de l'après-midi peut avoir des périodes vides plus ou moins longues et ils sont obligés parfois de rester plusieurs heures dehors (même en hiver) en attendant que l'heure de l'intervention suivante arrive. Pourtant, ils auraient préféré rester discuter avec la personne précédente. Mais, comme ils n'ont pas droit de rester plus longtemps que prévu sans que ce temps soit payé par le bénéficiaire, ils sont obligés de patienter dehors. Ces conditions ne facilitent pas l'intervention suivante et rendent pénible leur travail. Cette pénibilité est perçue par les personnes aidées, ce qui les rend plus compréhensibles et plus compatissantes voire même solidaire. La possibilité d'une organisation flexible et négociée entre les acteurs pourrait favoriser la qualité de l'aide tout en diminuant dans certaines conditions la pénibilité de leur travail.

I-IP-16 : *« Parfois, on est obligé d'attendre dans le froid, et comme j'habite loin je ne peux pas rentrer et revenir... ».*

Pour ce qui concerne la réactivité, les acteurs notamment les personnes âgées et les intervenants apprécient quand la structure prestataire parvient à agir rapidement dès qu'une situation le nécessite. Bien sûr que la réactivité est directement liée à la qualité informationnelle, à l'engagement de l'intervenant et aux capacités de la structure prestataire à répondre aux besoins de ces acteurs avant que la situation ne devienne préoccupante. Pour cela, les SPASAD que nous avons étudiés ont pu développer un partenariat qui leur permet de

répondre directement ou indirectement aux différents problèmes rencontrés. La réactivité pourrait être appréciée par rapport au temps que le service mettrait pour réagir et pour apporter directement ou indirectement une solution adéquate à la situation qui lui est signifiée en cas de nouvelle prise en charge ou en cas de changement de la situation pour réadapter le plan d'aide pour qu'il soit pertinent par rapport aux besoins du moment de la personne âgée.

### **Les bonnes pratiques favorisant la qualité (les bonnes pratiques)**

Comme nous avons insisté sur les spécificités du service d'aide par rapport aux services à la personne classiques, leur planification et leur suivi devraient être aussi rigoureux et formalisés. Tous les acteurs devraient être sensibilisés à la nécessité d'adopter les démarches appropriées au public concerné, à la multiplicité des acteurs, à la durée de l'intervention etc. L'adoption des bonnes pratiques permettrait une amélioration de la qualité de leurs services et des résultats attendus. Comme cela a été évoqué par les acteurs, surtout les gestionnaires, parmi ces bonnes pratiques nous pouvons citer entre autres :

- L'évaluation multidimensionnelle
- Utilisation des protocoles interdisciplinaires de suivi, de dépistage et de prévention
- Le suivi de l'intervention
- L'élaboration des projets d'aide et d'accompagnement individualisé (PAAI)

L'évaluation multidimensionnelle doit être réalisée à l'aide d'un outil permettant d'avoir une information non seulement sur les déficiences et les incapacités de la personne, mais aussi sur ses capacités et la possibilité d'amélioration de ces dernières. Cette évaluation doit être la base de l'établissement d'un plan d'aide individualisé. Elle nécessite la participation de tous les acteurs chacun dans son rôle et selon ses compétences et sa connaissance de la personne aidée, avec nécessité de procéder à une réévaluation dont la périodicité dépendrait de la nécessité de la situation de la personne, sinon au minimum une fois par an.

I-G-01 : « *Pour moi, je dirais que pour qu'une prestation puisse être de qualité, le premier élément important c'est une vraie évaluation, bien formalisée, et utilisable par chacun* ».

Le projet d'aide et d'accompagnement individualisé doit être conçu de façon dynamique, d'où notre préférence par rapport à l'utilisation de « plan » qui donne l'impression d'être figé. Il faut des objectifs liés aux souhaits de la personne, à sa situation sanitaire, sociale, environnementale par rapport aux renseignements que donnera l'évaluation multidimensionnelle. Le projet d'aide tel qu'il est fait actuellement est « *une feuille de route* » selon certains intervenants, les informations qu'il contient ne permettent pas aux intervenants

de connaître la personne. Des réunions sont organisées pour parler des cas qui posent problèmes pour trouver des solutions. Même si cette façon de faire s'apparentant au modèle curatif peut être justifiée par un manque de moyen, elle devrait être remplacée par une autre qui privilégierait une approche préventive et promotionnelle.

Certains problèmes sont propres aux personnes âgées et leur abord nécessite des démarches appropriées et des aptitudes particulières pour mieux répondre aux problèmes qui ont été signalés par la personne elle-même, son entourage ou révélés par une évaluation globale et multidimensionnelle. Il existe en effet certains risques pouvant être prévenus entre autres : les chutes, la dépression, les troubles de la marche, les troubles nutritionnels, les problèmes de médicaments etc. L'utilisation de protocoles d'intervention interdisciplinaires permettrait aux différents acteurs de s'inscrire dans un même projet pour la personne et d'avoir une synergie dans leurs pratiques alors cohérentes et continues pour atteindre un but bien précis en fonction des priorités qui ont été établies lors du projet d'aide et d'accompagnement individualisé.

Par ailleurs, tout le processus de l'intervention du domicile à la structure prestataire doit faire l'objet de suivi et d'évaluation des résultats obtenus.

Le suivi de l'intervention fait partie des éléments que les acteurs considèrent comme un élément de qualité pour un service d'aide. Les équipes d'encadrement déplorent le fait de ne pas avoir suffisamment de temps de faire le suivi à domicile, alors qu'elles considèrent que cela devrait diminuer les manquements constatés dans les prestations de certains intervenants. Les personnes âgées constatent également que les responsables chargées d'encadrer les intervenants ne viennent pas voir comment ces derniers travaillent, même si un certain nombre d'entre elles apprécient qu'on puisse faire confiance aux intervenants sans un encadrement sévère de la hiérarchie.

Le suivi de l'exécution d'une action est nécessaire au sein d'une institution, il l'est encore plus pour une intervention qui se passe en dehors de celle-ci. Ce suivi permettrait de se rendre compte de la situation pour éventuellement adapter l'aide apportée à la personne. En même temps, les intervenants se sentiraient soutenus, ce qui améliorerait leur motivation et rassurerait les personnes âgées.

I-PA-08 « *je trouve qu'il manque de surveillance des soignants, personne ne vient pas voir ce qui se passe..* ».

### *c) Au niveau des résultats*

L'obtention de résultats positifs grâce à un service d'aide de qualité est possible. Les professionnels et les gestionnaires souhaitent que la qualité de leur service soit jugée par rapport au service rendu à la personne aidée et aux résultats obtenus. Il ne s'agirait pas seulement de s'engager à apporter un service de qualité, mais il faudra aussi évaluer la mise en place réelle des actions répondant aux objectifs de ces engagements et les résultats obtenus. Sinon les engagements recherchés à travers la procédure d'agrément qualité ne sont pas un gage de qualité.

I-G-01 : « *La forme ce n'est pas compliquée, il y a des consultants pour nous aider pour la forme* ».

Même si les indicateurs de résultats permettent l'appréciation indirecte de la qualité de l'aide et de l'accompagnement, ils doivent être pris en compte en relation avec les éléments liés au processus et aux éléments de la structure. Pour certaines situations, il est difficile d'avoir des résultats significativement positifs dans certains domaines. Par ailleurs, les prestations mal adaptées peuvent engendrer les effets contraires à ce qui était attendu.

Quand on demande aux acteurs ce qu'ils attendent d'un service d'aide en terme de finalité, il s'agit d'aider les personnes âgées à rester chez soi dans de bonnes conditions, « *vivre normalement* » et leur éviter d'être hospitalisées. Ce résultat ne peut être obtenu sans qu'il y ait l'amélioration de leur santé, l'amélioration et le maintien de leurs capacités restantes, la prévention des risques d'hospitalisation et d'autres événements indésirables évitables plus fréquemment présents au grand âge comme les chutes et les escarres. Il s'agit comme nous l'avons évoqué plus haut de privilégier une approche de promotion de santé.

I-PA-13 : « *Ce que j'attends comme résultats ? Qu'ils me rendent plus optimiste, qu'ils me donnent des conseils précis que je vais mettre en application immédiatement pour conserver la santé, le morale accepter la vie telle qu'elle se présente* ».

I-PA-12 : « *La présence de ces gens est importante, ... sinon c'est difficile d'être à l'hôpital, le fait d'aller à l'hôpital ça ma folle..., je n'ai pas envie d'aller en maison de retraite ...* ».

Les professionnels souhaitent être soutenus dans leur progression de carrière par des formations leur donnant les moyens d'améliorer leurs pratiques et leur savoir. Les actions faites dans ce cadre sont beaucoup appréciées par les professionnels et augmentent leur satisfaction. La satisfaction de tous les acteurs doit être recherchée par rapport aux besoins exprimés ou non exprimés par eux. Les professionnels se disent satisfaits quand ils perçoivent

que leur prestation est bien accueillie par les autres, non seulement les personnes âgées mais aussi les gestionnaires. Ils se sentent valorisés dans un métier qui est normalement dévalorisé et dévalorisant.

I-IP 14 : « *Moi par exemple j'ai une personne qui avait l'anniversaire la semaine dernière, je lui ai amené les fleurs, on est allé au restaurant. Après ma chef m'a félicité et la mamie aussi était contente, et ça m'a fait plaisir. J'essaye de fonctionner comme ça. C'est vrai que il faut la ... nous soutienne aussi* ».

I-G-04 : « *Vous avez vu l'autre auxiliaire que vous avez rencontré, hier je l'ai félicitée parce que la dame m'a appelé pour me dire qu'elle était contente de ses initiatives pour son anniversaire....* ».

### **L'amélioration du confort physique et mental**

L'amélioration du confort physique et mental est le résultat de plusieurs actions qui sont mise en place lors des processus de l'aide et de l'accompagnement.

I-PA-08 : « *Qu'ils nous remontent le morale quoi, mais ils n'ont pas le temps .... J'attends qu'ils viennent gaies, ...et non pas des personnes fatiguées, ils ne sont pas tous comme ça mais il y a des personnes qui sont comme ça ...* ».

I-PA-09 : « *Moralement ça me fait du bien d'avoir du monde. Si elle fait son travail ça m'est égale, s'il y a une bonne échange c'est un plus tant mieux !* ».

Les personnes disent qu'elles sont moins stressées lorsqu'un service d'aide leur permet de se sentir aidée, rassurée, qu'il leur inspire de la confiance quant aux intervenants et à leur organisation. Cependant, dans certaines situations, nous avons remarqué qu'un service d'aide peut générer l'augmentation du stress. Quant au confort physique, il est obtenu par un environnement sain et sécuritaire et par un service d'hygiène qui procure à la personne un sentiment de bien-être.

### **L'amélioration de la santé de la personne âgée**

Même si certaines personnes sont persuadées que leur état ne peut plus être amélioré, d'autres attendent que les intervenants les aident à « vivre normalement ». Si nous nous permettons d'interpréter cette façon de dire, la seule façon de leur permettre de vivre normalement est de les amener à retrouver leur autonomie physique pour ceux qui en ont les capacités ou à préserver les capacités restantes afin qu'elles puissent rester chez elles.

I-PA-07 « *Le service d'aide ça me sert à vivre le plus normalement possible* ».

*I-PA-10 : « Le service d'aide ça me permet de survivre chez moi, ça c'est important ...je suis indépendant... c'est ça ma volonté, c'est pouvoir continuer à rester chez moi, même si je ne vois plus très très bien je sais où se trouvent les choses ... ».*

L'évaluation des besoins qui est faite actuellement s'intéresse à la perte d'autonomie, une conception négative de l'état de la personne. Cette conception ne permet pas de prendre en compte les capacités restantes de la personne âgée et de mettre en place des actions favorisant le maintien ou la récupération de ces dernières. L'appréciation des effets dans ce domaine permettrait d'encourager les actions dans ce sens et d'apprécier le travail qui est parfois fait mais non reconnu, d'où la difficulté des questionnaires de dégager du temps pour ces actions.

Le fait de considérer la capacité et non la déficience permettrait de redonner aux personnes âgées la confiance en soi et en leurs possibilités d'apprendre et de retrouver une certaine autonomie. Cela aurait un impact sur leur confort moral qui passe par l'estime de soi. Par ailleurs, les intervenants notamment les Auxiliaires de vie sociale verront leur travail valorisé à leur juste valeur, eux qui disent que « faire que le ménage ne les intéresse pas » et n'apprécient pas qu'ils soient considérés comme des femmes de ménage.

Le manque de communication entre les services de SPASAD et les kinésithérapeutes qui interviennent à domicile, ne favorise pas la prise en charge globale et la continuité des soins pour le maintien ou la récupération des capacités physiques de la personne âgée. Comparativement aux kinésithérapeutes, les intervenants qui viennent aider la personne âgée pour l'accomplissement des activités de la vie quotidienne passent beaucoup de temps avec la personne. Pendant ces activités, ils accompagnent certaines personnes âgées dans leurs déplacements, que ça soit à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison. Un travail conçu et réalisé de manière complémentaire entre les professionnels devrait favoriser les résultats positifs dans ce domaine. Ceci nécessite une communication efficace entre les intervenants et des objectifs communs à atteindre pour une personne suivie.

La relation collaborative entre les ergothérapeutes et les autres intervenants d'un de nos sites témoigne que la communication efficace et la complémentarité permettent à chacun des intervenants de bien accomplir sa mission sans que l'un ne se substitue à l'autre tout en ayant un objectif commun à atteindre dans un esprit interdisciplinaire voir même transdisciplinaire (Brousselle, et al., 2009). Ils affirment que cette collaboration leur permet d'améliorer la

qualité de leur prestation, d'assurer un environnement sain et sécurisé à la personne âgée et facilite leur travail.

Ce constat est aussi valable pour la collaboration des psychologues des deux services que nous avons étudiés avec les autres intervenants. Le résultat d'un service d'aide de qualité réside également dans cette complémentarité qui ne peut pas se juger seulement par le nombre de professions présentes dans la structure mais aussi aux résultats obtenus en appréciant la globalité de l'aide, la continuité et la complémentarité de ces acteurs multidisciplinaires.

### **La satisfaction des acteurs**

Une aide de qualité doit pouvoir apporter de la satisfaction à l'ensemble des acteurs. Celle-ci est liée à l'atteinte des buts que vise une intervention d'aide. Ils doivent être explicites et compris par les acteurs qui doivent interagir ensemble.

L'objectif ultime d'un service d'aide est celui de répondre de façon pertinente et cohérente aux besoins des acteurs impliqués. La déclaration de la satisfaction en général ne signifie pas forcément que l'acteur a eu des solutions à ses besoins principaux. Son interprétation devrait être faite avec prudence. L'action de l'aide est une intervention profondément relationnelle, l'insatisfaction des uns affecte cette relation et met en cause la qualité de l'intervention. D'où la nécessité de ne pas considérer seulement la satisfaction d'une seule catégorie d'acteurs. Sinon, les uns peuvent être solidaires des autres et ils vont mettre de côté leurs attentes pour les soutenir. Ce qui peut compromettre la qualité de l'aide et fausser l'interprétation de la satisfaction obtenue.

Par ailleurs, les attentes des personnes âgées sont en fonction de leur représentation, elles se construisent par rapport à ce dont les générations précédentes ont eu comme services ou par rapport à leur participation financière et à leur vécu. Pour certaines, elles se sentent déjà privilégiées par rapport à ce que leurs aînés ont pu bénéficier, d'où le sentiment de satisfaction et de reconnaissance bien que leurs besoins ne soient pas satisfaits.

Au cours de notre recherche, nous nous sommes rendu compte qu'il y a une grande compréhension de la part des personnes âgées de la pénibilité et des conditions difficiles dans lesquelles leurs intervenants travaillent. Vouloir apprécier la qualité de l'aide par le seul indicateur de satisfaction aux spécifications, comme on peut le faire pour un bien marchand ou d'autres services de consommation serait méconnaître les spécificités d'un service d'aide et d'accompagnement des personnes âgées à domicile.



I-PA-12 : « *Ma sensation n'est pas bonne, il y a une partie en moi qui souffre de ça et un autre qui raisonne et qui sait que j'ai de la chance, je continue à le dire même ..., je ne sais pas comment vous dire parce que je trouve que ça ne se passe pas trop mal et on ne peut pas faire autrement ! Je suis résigné* ».

I-PA-33 : « *Au début c'était pénible après je m'y fais c'est comme ça .... Pour les services gratuits je ne peux pas demander d'autres services, vous vous voyez ! Pour ce que je paye c'est limite...* ».

I-PA-26 : « *On est satisfait, car on ne peut pas leur demander plus, eux même ils ont des problèmes...* ».

Enfin, l'accès aux services d'aide n'est pas facile et les personnes âgées sont conscientes que la demande est assez importante. Les professionnels leur renvoient également cette image d'un secteur saturé. Elles craignent que leur aide soit arrêtée si elles se plaignent de ce qui ne va pas ou si elles réclament plus de services correspondant à leurs attentes.

I-PA-08 : « *J'ai toujours peur que quand je donne mon avis, j'ai peur qu'ils me mettent dehors, qu'on me laisse tomber alors cette peur heee, même avec vous j'avais peur, j'ai appelé ma fille, ma fille a appelé Mme ... qui lui a dit que vous avez pris des noms au hasard et je suis rassurée* ».

L'aide doit être non seulement une réponse aux problèmes diagnostiqués, mais elle doit aussi anticiper sur les problèmes à venir et prévenir ceux qui sont susceptible d'être évités et atteindre des résultats. Ainsi, elle ne se résume pas au volume d'heures dont bénéficie la personne âgée ni au fait d'être parmi les clients d'une structure prestataire. Elle se déploie dans sa nature humaine, matérielle et relationnelle. La qualité de cette dernière est le fruit des processus cliniques et organisationnels qui sont fonction des caractéristiques des différents acteurs qui interagissent dans un milieu complexe pour coproduire un service d'aide. Elle est à la fois un acte et une relation.

## Conclusion

Les résultats de notre étude nous ont permis de mieux comprendre des dimensions de la qualité de l'aide et l'interdépendance des différents composants d'un processus continu et réflexif, qui s'inscrivent dans le temps et dans l'espace. Nous avons pu identifier les différents critères qui permettraient d'apprécier la qualité de l'aide selon la perception des différents acteurs. Il existe une grande convergence entre les différents acteurs pour ce qu'ils considèrent comme la base d'un service d'aide et d'accompagnement de qualité à savoir la bonne relation entre les acteurs. Cette qualité relationnelle ne se limite pas seulement dans le cercle « personne âgée-intervenant » mais aussi entre tous les acteurs. Les caractéristiques de l'intervenant sont un élément déterminant pour que cette relation soit bonne. La communication non seulement au niveau du domicile mais aussi de la structure permet aussi de dispenser un service de qualité.

Tous les acteurs ont souligné la nécessité de prendre en compte les attentes de la personne âgée, mais aussi des attentes des autres acteurs. La connaissance de la personne âgée permet de comprendre sa situation en tenant compte de son expérience de vie, de son environnement physique et social et de ses problèmes sanitaires pour lui prodiguer des soins de qualité. Tous les acteurs ont la même vision d'un service d'aide qui ne se limite pas seulement au ménage ou à une aide à la toilette. Une aide de qualité doit être globale et continue.

Les différents attributs de la qualité de l'aide se trouvent à différents niveaux de l'intervention de l'aide et de l'accompagnement, ils ne sont pas exclusifs ni spécifiques aux acteurs ni aux champs spécifiques. Les perceptions des acteurs sont complémentaires et non exclusives, d'où la nécessité de concevoir l'aide et l'accompagnement comme un système d'action qui se concrétise dans le temps. Les acteurs sont en interaction permanente pour la coconstruction de leur action et chaque acteur attend des résultats issus de cette action selon les buts qui lui sont propres.

La perception des acteurs pour un service de qualité va au-delà d'un seul épisode ou d'un acte donné, elle s'inscrit dans une conception globale. Sa mesure doit tenir compte de cette globalité. Elle doit être faite dans une démarche de recherche évaluative pour saisir et soupeser la réalité de chaque dimension et en apprécier son importance pour pouvoir envisager une amélioration de la qualité qui peut être ciblée ou générale. La théorie du caring nous a permis de comprendre et d'expliquer cette réalité de l'aide qui se veut globale et

individuelle et qui réconcilie les trois acteurs en jeu : la personne âgée, les soignants et le système.

Notre étude traite les choses sous un angle qui permet d'avoir une vision et une compréhension plus large. Elle permet d'avoir un nouveau regard sur ce que doit être un service d'aide de qualité. Elle confirme certains éléments déterminants dans le jugement que peut avoir une personne sur la qualité des soins qu'elle reçoit et qui ont été démontrés dans d'autres contextes notamment la qualité de la relation entre le soignant et le soigné (Couillerot-Peyrondet, Midy, & Bruneau, 2011).

## **Partie 4. Apport de la recherche sur la mesure de la qualité de l'aide et de soins.**

### **4.1 Proposition d'une approche conceptuelle et méthodologique adaptée au contexte du domicile**

Les méthodes habituelles d'appréciation de la qualité des soins privilégient surtout les aspects techniques pour apprécier la qualité. Cependant, beaucoup de recherches soulignent la nécessité de prendre en compte la dimension non technique. Comme nous l'avons vu dans les résultats de notre étude, cette dimension est très importante pour la qualité de l'aide et de l'accompagnement. Par ailleurs, la complexité organisationnelle de l'aide et de l'accompagnement de la personne âgée dans un contexte tel que nous l'avons décrit dans la deuxième partie de ce rapport nécessite qu'on prête attention à cette dimension organisationnelle qui fait partie des dimensions de la qualité que Donabedian propose dans sa conception de la qualité des soins (Donabedian, 1988). En plus de la nature de la prestation, elle se déroule en dehors de l'institution prestataire, ce qui demande encore plus de justesse organisationnelle. Cette gestion doit aller au-delà de son côté administratif pour tendre vers une organisation du type organo-clinique. Les intervenants souhaitent être mieux soutenus et suivis dans leur mission, tout en réclamant plus de reconnaissance et d'autonomie pour pouvoir se sentir intégrer dans un projet qu'ils doivent faire vivre et améliorer. La réflexion sur l'évaluation de la qualité de l'aide et de l'accompagnement ainsi que son appréciation nécessitent que tous ces aspects soient pris en compte. Cette quête de saisir et de comprendre la nature de l'intervention pour mieux l'apprécier est à l'origine même du concept qualité, qui vient du mot grec "Qualis"= quel, de quelle nature (Pomey & Safyanik, 2007). Elle nous invite ainsi à avoir une approche méthodologique permettant non de seulement de juger la conformité à une norme définie mais de comprendre aussi de quelle nature des soins s'agit-il.

Comme nous l'avons vu, les modèles d'évaluation de la qualité des soins ont souvent privilégiés les modèles « rationnels » visant essentiellement à apprécier les résultats obtenus en termes d'amélioration de santé ou de guérison de la maladie. Il est difficile dans le cadre d'un service d'aide et d'accompagnement d'imaginer avoir cette approche pour plusieurs raisons : la nature de services telle que nous l'avons décrite précédemment, la durée de la prise en charge qui peut être parfois sur des années, l'état de santé de la personne soignée ou aidée qui influence les résultats attendus etc. Nous sommes dans une situation complexe et évolutive, dont les buts sont constamment définis par les acteurs en interaction et qui peuvent

être différents selon les moyens dont ils disposent (matériel, intellectuel, psychologique ...). D'où la nécessité d'avoir recours à une **approche systémique** (Fontaine, Beyragued, & Miachon, 2004; Pineault, 1995) pour mieux appréhender et évaluer la qualité de l'aide et de l'accompagnement.

L'approche systémique est fondée sur la démarche inductive utilisée souvent en sciences humaines et sociales et qui privilégie l'approche holistique par les méthodes qualitatives et la proximité de milieux d'observation (Pineault, 1995). C'est dans cette approche que nous avons mené cette étude. Elle nous a permis d'avoir des informations riches et pertinentes. Avec ces informations, nous avons pu compléter notre modèle conceptuel de base le « quality caring model » qui nous a servi pour élaborer et choisir les outils de recueil des données.

Certains auteurs de la littérature sur le caring, qui est la théorie qui sous-tend notre approche, distinguent trois champs du processus de soins et ils les classent en fonction de leur occurrence. On peut identifier les attributs classés dans le champ des antécédents, ceux du processus et ceux qui sont considérés comme des conséquences de ce dernier. Ceci correspond d'ailleurs au modèle de Donabedian (structure, processus et résultats). A travers notre étude, nous avons également retrouvé les éléments qui correspondent à ces derniers.

Dans le champ des antécédents, nous retrouvons les différents attributs comme entre autres les besoins de la personne, qu'ils soient physiques et psychosociaux. Ces besoins sont liés aux caractéristiques sociodémographiques de la personne, à son état de santé et à son vécu. La reconnaissance de ces besoins par la personne favorise son acceptation du service d'aide. Les caractéristiques des professionnels notamment la formation, leur expérience etc., influencent le développement et l'expression des qualités professionnelles et humaines qui sont requises pour une prestation d'aide de qualité, comme cela a été souvent évoqué par les acteurs. Elles permettent d'avoir l'attitude adéquate à l'égard de la personne aidée et les stratégies à adopter en cas de situations difficiles. La reconnaissance des besoins des différents acteurs et de leurs motivations permet de créer un environnement propice pour que chacun s'investisse dans la relation d'aide.

Ce service de qualité dépend également des valeurs qui sont véhiculées dans la « structure-prestataire » en fonction de ses objectifs, de l'environnement, de la formation des professionnels, de la détermination des buts qui vont au-delà du simple accomplissement de

l'acte de ménage. Tous ces attributs méritent d'être bien compris et pris en compte dans l'appréciation de la qualité d'aide.

Dans le champ du processus, les attributs liés à l'expertise des intervenants, à leurs capacités d'identifier les besoins de la personne et leur signification selon les différentes situations auxquelles ils sont confrontés et d'entretenir une bonne relation avec la personne aidée, sont importants pour prétendre à une aide de qualité. Par notre étude, nous avons montré que les personnes âgées apprécient les intervenants qui prennent des initiatives et connaissent leur environnement sans qu'elles ne soient obligées de se répéter.

Par ailleurs, la sensibilité interpersonnelle permet aux intervenants d'être à l'écoute de la personne aidée et attentifs à la souffrance et aux besoins de l'autre. Ceci est possible à condition d'être présent physiquement et mentalement, de se sentir concerné par la situation de l'autre et d'avoir une certaine empathie à son égard. Grâce aux résultats de notre étude, nous avons pu constater que les personnes âgées n'apprécient pas les intervenants qui ne manifestent pas cette présence et qui n'ont pas la joie d'être là au moment de leur intervention. En même temps, la plus part des personnes âgées manifestent aussi cette sensibilité interpersonnelle à l'égard des intervenants par rapport aux conditions et à la pénibilité de leur métier et parfois même des conditions de leur vie personnelle. Cette sensibilité interpersonnelle influence la créativité des intervenants qui leur permet d'aller au-delà de simples actes d'aide au ménage ou d'aide à l'habillage et d'apporter à la personne aidée une écoute, une information, des conseils utiles pour améliorer sa santé et sa qualité de vie. Dans ce cas, la personne âgée est encouragée à exprimer ses désirs et se sente rassurée par la présence de l'intervenant.

La transmission, le partage de l'information et la continuité informationnelle sont essentiels pour un service d'aide de qualité. Ils permettent d'avoir des informations nécessaires pour élaborer un projet d'aide individualisé en collaboration avec d'autres intervenants du même métier ou non, de la personne âgée et de son entourage. Malgré un éventuel changement de l'intervenant, il y aura une possibilité d'obtenir la continuité relationnelle et de préserver la qualité de l'aide dans une même approche. Ceci demande d'avoir des pratiques organisationnelles et de partenariat favorisant la relation collaborative à l'aide d'outils de gestion et de suivi de l'intervention notamment : l'outil d'évaluation multidimensionnelle, un plan d'aide individualisé basé sur une évaluation globale de la personne etc.. Tous ces éléments favorisent la continuité, la globalité et la pertinence d'une intervention.

Quant à ce qui est considéré comme conséquences ou effet de ce processus, ils ne concernent pas seulement les personnes soignées. L'approche du caring considère que les soignants et le système social doivent être associés aux résultats. La nature de l'action d'aide induit en permanence la réciprocité entre les acteurs, d'où la nécessité d'avoir un certain équilibre au regard des buts poursuivis par chacun.

Concernant les personnes âgées, l'amélioration du bien-être physique et mental, la qualité de vie, les hospitalisations évitées, la diminution du stress, l'amélioration des capacités physiques pour réaliser les activités de la vie quotidienne font partie des résultats attendus. Quant aux intervenants, leur satisfaction dépendra d'une part de la reconnaissance de leurs efforts, de la valorisation, de la considération de leur métier, de l'évolution de leur carrière etc..

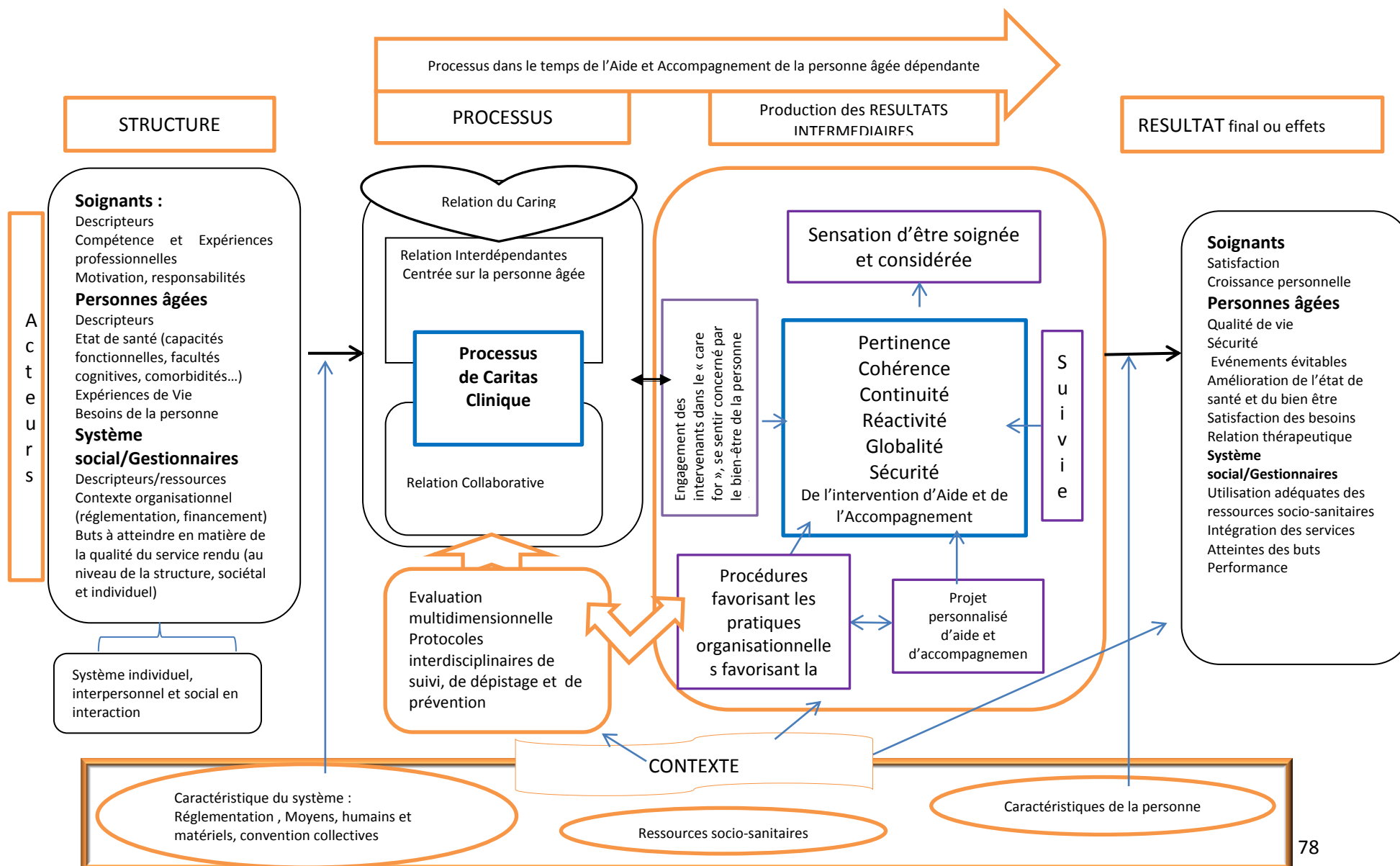
Même si certains objectifs des acteurs semblent différents quant à la façon de les exprimer ou de les mesurer en fonction des indicateurs utilisés, beaucoup d'entre eux ne sont pas contradictoires. Ils sont parfois liés entre eux ou peuvent influencer l'atteinte de ceux des autres. L'utilisation efficiente des ressources dans le contexte actuel de manque de moyens est l'un des buts du système social. Un but du même ordre peut être retrouvé chez la personne âgée sous une autre forme. La personne âgée souhaite rester chez elle et éviter des hospitalisations. Toute action de prévention et de promotion de la santé visant à éviter ces dernières et les passages aux urgences inappropriés fait partie des éléments de la qualité pour un service qui produit des résultats attendus par chacun de ses acteurs selon leurs souhaits. La satisfaction des professionnels va influencer leur motivation et leur implication dans la relation d'aide, ce qui va avoir un impact positif sur le confort mental des personnes âgées et leur qualité de vie. Raison pour laquelle il ne faut pas se focaliser aux seules aspirations de l'un des acteurs pour ne pas trop déséquilibrer le système. Ainsi, l'appréciation de résultats d'un service d'aide ne doit pas se limiter aux mesures de l'état de santé physique ou à l'absence des événements indésirables seulement, elle doit inclure les indicateurs permettant d'évaluer la satisfaction des attentes des autres acteurs.

Après avoir identifié ces différents critères des différentes dimensions de la qualité de l'aide et de l'accompagnement et en s'appuyant sur les connaissances existantes notamment sur le caring et l'évaluation des interventions complexes, nous avons construit un modèle conceptuel que nous vous proposons ci-après. Il s'agit d'un modèle qui permet d'apprécier la qualité de l'aide et de l'accompagnement par l'analyse des pratiques tout en tenant en compte

des caractéristiques propres à chaque situation. Cette approche est fondée sur la réalité quotidienne des acteurs. Elle prend en compte les attentes des acteurs y compris celles des personnes âgées et des professionnels, le fonctionnement de la structure et les moyens dont elle dispose. C'est une démarche souple qui peut permettre de cibler un aspect à évaluer sur l'ensemble de tout le processus en fonction du but poursuivi. Ce cadre permettra de réaliser des évaluations dont les résultats seront utilisables pour l'amélioration des pratiques de la prise en charge et les acteurs pourront s'impliquer d'avantage du fait qu'il est basé sur la réalité de ce qu'ils vivent au quotidien avec une approche analytique de la situation et une prise en compte de leurs attentes.

Il s'agit d'une approche globale et multidimensionnelle qui permet d'apprécier la qualité d'une intervention d'aide et de soins se déroulant à domicile. Sa qualité ne peut pas être réduite à une seule dimension et la prise en compte des attentes des différents acteurs qui sont impliqués dans la production de service d'aide est nécessaire (McGlynn, 1997) pour l'apprécier. D'où l'intérêt de ce modèle conceptuel permettant d'intégrer les différentes dimensions de la qualité selon les différentes visions des acteurs en jeu (Rantz et al., 1999).



**Figure 3 : Cadre conceptuel pour l'appréciation de la qualité de l'aide et de l'accompagnement pour personnes âgées**

## 4.2 Indicateurs de la qualité de l'aide et de soins pour personnes âgées

Comme nous l'avons évoqué dans la deuxième partie, plusieurs indicateurs existent pour la qualité des soins de santé, mais on ne retrouve presque pas d'indicateurs issus des travaux de recherche dont la cible principale serait la qualité de l'aide et de l'accompagnement de la personne âgée et qui auraient un modèle conceptuel de base clair. Les indicateurs existants sont développés essentiellement à partir des données portant sur des résultats cliniques et la structure, moins sur les processus. Souvent, ce sont des approches des méthodes quantitatives qui ont été utilisées pour établir ces indicateurs. Ils servent aux décideurs et aux gestionnaires pour prendre leurs décisions dans leurs fonctions respectives, mais ils sont moins utilisés par les autres acteurs.

A partir du cadre conceptuel précédemment élaboré, nous avons proposé des indicateurs qui pourront servir pour apprécier la qualité de l'aide et de l'accompagnement des personnes âgées. Etant donné la complexité de l'intervention et du contexte du domicile, ainsi que le rôle que doivent jouer les résultats d'une évaluation en vue d'améliorer les pratiques, il est préférable de privilégier l'appréciation directe de la qualité de l'aide. Cependant, nous prêtons attention aux éléments de la structure pour comprendre et analyser son influence sur les processus et les résultats. Enfin, les indicateurs de résultats sont proposés en rapport avec les objectifs d'un SPASAD et des attentes de chaque acteur. Le recours aux méthodes non seulement quantitatives mais aussi qualitatives est nécessaire (M. Campbell, et al., 2000) pour apprécier la qualité de tel service et saisir l'interaction et l'influence des parties des uns sur les autres.

La validité de l'évaluation repose non seulement sur la pertinence du cadre conceptuel et des méthodes utilisées mais aussi sur la qualité de la mesure notamment l'utilisation d'indicateurs appropriés. Plusieurs critères ont été pris en compte pour choisir les indicateurs que nous proposons dans ce rapport à savoir :

- la pertinence de l'indicateur, c'est-à-dire un indicateur qui permet d'apprécier des éléments importants de la prise en charge ou d'identifier les résultats importants au regard des objectifs visés par un service d'aide
- la validité du construit (qualité métrologique) par rapport aux connaissances existantes dans la littérature sur le critère auquel l'indicateur est associé et à la perception des acteurs qui vivent le phénomène à évaluer

- la faisabilité (la possibilité d'avoir les données)
- la cohérence avec les pratiques susceptibles de garantir la qualité ou de l'améliorer.

### **Les indicateurs proposés**

Les indicateurs que nous proposons ci-dessous ont pour vocation de mesurer la qualité de l'aide et de l'accompagnement des personnes âgées pour donner une information utile et adaptée à l'ensemble des propriétés d'un processus qui détermine la qualité d'un service d'aide et ses effets dans le contexte du domicile. La suggestion de ces indicateurs se réfère aux domaines identifiés dans le modèle conceptuel élaboré à l'issue de notre étude bibliographique et empirique. Ces domaines couvrent la réalité de l'intervention d'aide telle qu'elle a été étudiée et comprise grâce à cette étude réalisée au sein de ces deux SPASAD. Ils couvrent les différents champs de la qualité de l'aide et mesurent leurs différentes dimensions. Ainsi, quatre éléments ont été considérés pour identifier ces indicateurs à savoir 1) les différentes dimensions de la qualité, 2) la complexité du processus clinique, 3) les perspectives des utilisateurs et 4) les connaissances existantes dans ce domaine. Nous ne prétendons pas avoir été exhaustifs, ce travail n'est que le début de travaux de recherche évaluative qui doivent être menés dans le secteur de l'aide et de soins à domicile pour permettre l'amélioration des connaissances et des pratiques dans ce secteur.

Nous précisons dans le tableau n°4 les critères, les définitions opérationnelles et certains référents empiriques permettant de construire des indicateurs synthétiques proposés. Ces éléments pourront évoluer et être améliorés dans les prochains travaux qui seront réalisés dans la continuité de cette réflexion amorcée dans cette étude.

Les données concernant certains indicateurs nécessitent avoir recours aux méthodes d'observation directe au moment de l'intervention. Notre étude nous a permis de constater que ces observations sont réalisables dans le contexte du domicile. Elles peuvent être faites sur un petit nombre de personnes représentatives de l'ensemble des personnes prises en charge par le SPASAD.

Nous espérons obtenir de la part des acteurs une utilisation et une adhésion à ces indicateurs, car nous avons tenu compte de la réalité, des objectifs poursuivis dans une intervention d'aide et des attentes de ces acteurs. Pour faciliter leur utilisation, nous avons tenu à proposer des indicateurs pertinents et limités en nombre pour chacune des dimensions. Ils peuvent être utilisés de façon isolée ou sous forme d'indicateurs composites pour chaque dimension.

L'acceptabilité est renforcée par le fait que les différents acteurs (personnes âgées, professionnels, gestionnaires) vont se reconnaître dans ces indicateurs proposés car leurs perspectives sont prises en compte.

Ces indicateurs permettent également aux gestionnaires d'avoir de véritables outils pour l'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles et pour la valorisation du travail réellement fait au sein de leur établissement et au domicile, mais souvent sous-estimé par manque de reconnaissance et d'appréciation de leur impact sur l'amélioration de la qualité du service rendu.

**Tableau 4 : Indicateurs de la qualité d'aide et de soins à domicile pour personnes âgées**

Dimensions	Domaines	Critères	Champ (niveau) d'observation				Définition de l'indicateur/référents empiriques	Indicateur composite par domaine
			Structure	Processus Clinique	Processus de gestion	Résultats		
Structure (Qualité indirecte)	Capacité de la prise en charge/ configuration des ressources	La compétence des Intervenants : Qualification & Professionnalisme des intervenants	X				- Le nombre de professionnels formés, qualifiés - La proportion des professionnels à temps plein par rapport aux professionnels à temps partiels - Le nombre de formations organisées et le nombre de professionnels qui ont suivi ces formations (1)	<b>ICPE</b> (Indicateur de la capacité de la prise en charge)
		L'approche de l'aide : interdisciplinarité ou transdisciplinarité	X				- La présence de différentes professions au sein du SPASAD - Le nombre de partenaires effectifs travaillant ensemble avec le SPASAD et la possibilité pour la personne d'avoir accès à ces professionnels	
	Identification des besoins et la connaissance de la personne	L'évaluation globale de la personne aidée					- Le Recueil de l'information permettant d'identifier les besoins de la personne en matière d'aide et d'accompagnement - L'utilisation d'un outil d'évaluation multidimensionnelle et standardisée - Une évaluation périodique et programmée - L'existence d'un système d'information simple et d'utilisation facile (1) - L'identification des risques	<b>IBCP</b> Indicateur de l'identification des besoins et la connaissance de la personne
		La prise en compte de ses besoins et de ses ressources (personnelles, sociales et environnementales)	X X	X X				
	La réactivité	La réactivité du service par rapport au changement	X	X			- Le délai entre le changement de la situation, la réévaluation et l'adaptation du plan d'aide - La mise à jour et la surveillance de la conformité du plan d'aide en fonction de l'évolution de l'état de la personne et à ses besoins prioritaires	<b>IR</b> Indicateur de réactivité
Processus (Qualité directe)	La considération de la personne	Le respect de la personne		X			- La personne participe activement à la prise de décisions concernant sa santé et les services qui lui sont offerts - L'intervenant s'adresse à la personne de façon polie, courtoise etc. - Les habitudes de la personne âgée sont respectées (1)	<b>ICP</b> Indicateur de la considération de la personne
		L'attitude de l'intervenant à l'égard de la personne		X				
	Relation interpersonnelle	L'implication de l'intervenant	X	X	X		- L'intervenant remonte l'information à l'équipe d'encadrement - Il manifeste l'envie d'aider la personne âgée - Il l'encourage à s'exprimer et à s'impliquer dans les AVQ - Se montre « avocat » de la personne	<b>IQRI</b> Indicateur de qualité de relation interpersonnelle
		Disponibilité de l'intervenant		X			- Le niveau de confiance de la personne âgée envers les intervenants	
		Ecoute de l'intervenant		X	X		- L'intervenant prend un temps suffisant pour écouter la personne âgée et la laisse exprimer ses besoins	
		Connaissance de la personne et de son environnement		X	X		- L'intervenant connaît bien ou dispose de l'information suffisante concernant la personne qu'il va aider (1) - La personne n'est pas obligée de répéter les consignes	

Dimensions	Domaine	Critères	Champ (niveau d'observation)				Définition de l'Indicateur/référents empiriques	Indicateur composite par domaine
			Structure	Processus Clinique	Processus de gestion	Résultats		
Processus (Qualité directe)	Relation collaborative	Continuité informationnelle		X	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intervenant connaît bien la personne avant son intervention (2)</li> <li>- La fiche d'intervention contient des informations pertinentes pour la prise en charge de la personne âgée</li> <li>- La transmission orale entre les intervenants (Hand over) est possible</li> <li>- Le plan d'aide individualisé est suivi au moment de l'aide</li> <li>- La qualité de la communication entre les intervenants qui s'occupent de la même personne</li> <li>- Un système d'information simple et facile d'utilisation par tous les intervenants (2)</li> </ul>	<b>IQRC</b> Indicateur de qualité de relation collaborative
		Continuité relationnelle		X	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les intervenants essayent d'avoir la même approche (approche systématisée) selon les ressources et les préférences de la personne aidée</li> </ul>	
		Le temps de l'intervention		X			<ul style="list-style-type: none"> <li>- La durée de l'intervention est suffisante par rapport aux besoins de la personne (nombre d'heures/intervention)</li> </ul>	
		Le suivi	X	X	X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'encadrement des intervenants (le suivi et la supervision des intervenants sur terrain sont réalisés)</li> <li>- Les objectifs cliniques et organisationnels à atteindre bien définis et les actions sont mises en place et évaluées</li> </ul>	
		La continuité des soins		X	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le partenariat entre le SPASAD et les autres acteurs locaux pour le soutien à domicile et la qualité de vie de la personne âgée</li> <li>- Sortie programmée (Discharg planning) en cas d'hospitalisation/ partenariat avec les hôpitaux de la même zone géographique</li> </ul>	
	Pratiques organisationnelles requises	Information des acteurs			X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les intervenants et les personnes âgées sont informés de leurs droits et de leurs devoirs</li> <li>- L'information mise à la disposition de la personne âgée et des intervenants</li> <li>- La diffusion des informations issues des évaluations de la qualité</li> </ul>	<b>IBPO</b> Indicateur de bonnes pratiques organisationnelles
		Le signalement des incidents et des événements indésirables			X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'existence des processus d'analyse des pratiques au sein de la structure-prestataire</li> <li>- Les événements indésirables évitables sont caractérisés, analysés et des actions sont envisagées pour les éviter avec la réévaluation de la situation</li> </ul>	
		Tenu du dossier de suivi			X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- La mise en place effective et suivi des procédés spécifiques à la protection de la vie privée, de la confidentialité et de la dignité de la personne aidée</li> <li>- La protection des biens lors de la prestation des services et éviter les dommages et d'autres incidents</li> </ul>	
							<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'existence du dossier de suivi, sa mise à jour et les items renseignés</li> </ul>	

Dimensions	Domaine	Critères	champs (niveau d'observation)				Définition de l'Indicateur/référents empiriques	Indicateurs composite par domaine
			Structure	Processus clinique	Processus de gestion	Résultats		
<b>Processus</b> (Qualité directe)	Globalité	La prise en compte des besoins physique, mental et spirituel de la personne		X	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le plan d'aide individualisé permet de répondre aux besoins physique, mental et spirituel de la personne</li> <li>- Facilité qu'a la personne âgée d'accéder aux autres services non fournis par le service</li> </ul>	<b>IPG</b> Indicateur de la prise en charge globale
	La pertinence et la cohérence de l'aide	La correspondance entre les besoins et les services fournis		X	X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'aide fournie correspond à la nature des besoins identifiés</li> <li>- L'existence du plan d'aide individualisé fondé sur une évaluation globale de la personne, prend en compte ses capacités et ses ressources</li> <li>- L'indice de sous intervention : la proportion de besoins non satisfaits</li> <li>- L'indice de surintervention : la proportion excessive des aides apportés</li> </ul>	<b>ICP</b> Indicateur de la cohérence et de pertinence de l'aide
<b>Résultats</b> (Qualité indirecte)	Le maintien de l'autonomie	L'amélioration (quand c'est possible) de l'état fonctionnel et mental de la personne aidée Prévention du déclin fonctionnel			X		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le nombre des personnes signalées pour une amélioration potentielle</li> <li>- La capacité et la performance des personnes suivies (score des AIVQ et AVQ)</li> <li>- Trouble de la marche sans aide technique (ex canne)</li> <li>- Incidence du déclin fonctionnel chez les personnes ayant la potentialité d'amélioration sans rééducation</li> </ul>	<b>IMAPA</b> Indicateur du maintien de l'autonomie : - Echelle hiérarchique des AVQ - Echelle de performance des AIVQ - Echelle CPS
	Prévention et promotion de la santé	La mise en place des activités de prévention et de promotion			X	X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation des guides de bonnes pratiques pour les syndromes courant du grand âge (prévention des chutes, la douleur ....) selon des risques identifiés chez la personne</li> </ul>	<b>IPPS</b> Indicateurs de la prévention et la promotion de la santé
		Réduction des effets indésirables et des événements évitables				X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévalence des chutes et blessures</li> <li>- Prévalence des incidents des erreurs de la prise des médicaments, le nombre de personnes ayant de 9 ou plus de médicaments différents, neuroleptiques inappropriés</li> <li>- Pas de revue des médicaments depuis plus de 6 mois</li> <li>- Prévalence de perte de poids, repas inadéquat</li> <li>- Prévalence de déshydratation</li> <li>- Prévalence de la douleur inadéquatement contrôlée</li> <li>- La couverture vaccinale contre la grippe</li> <li>- Taux de ré hospitalisation</li> <li>- Prévalence des escarres (1)</li> <li>- Prévalence de trouble d'humeur et du comportement</li> <li>- Prévalence de la maltraitance et de l'isolement social</li> </ul>	

Dimensions	Domaine	Critères	Champs (niveau d'observation)				Définition de l'Indicateur/référents empiriques	Indicateurs composite par domaine
			Structure	Processus Clinique	Processus de gestion	Résultats		
<b>Résultats</b> (Qualité indirecte)	Bien être de la personne âgée	Confort physique		X		X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La personne est propre et ses habits sont propres (en l'absence de son opposition éventuelle)</li> <li>- Installation confortable de la personne</li> <li>- Prévalence des escarres (2)</li> </ul>	<b>IBE</b> Indicateur de bien être  <b>DRS</b> Echelle de dépression  <b>EQV</b> Echelle de la qualité de vie
		Propreté environnementale		X		X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'appartement est propre, rangé et aéré</li> <li>- Les aliments conservés, préparés et servis proprement</li> </ul>	
		La sensation d'être bien soigné		X		X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'Intervention n'est pas angoissante pour la personne âgée</li> <li>- L'amélioration de l'état mental de la personne âgée (diminution de l'angoisse et du stress de la personne)</li> </ul>	
		La qualité de vie				X	- La perception de la qualité de vie et la santé perçue	
	Satisfaction des acteurs	Satisfaction de la personne âgée	X			X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les habitudes de la personne sont respectées (2)</li> <li>- Les réponses sont apportées aux besoins d'aide et d'accompagnement de la personne préalablement identifiés</li> <li>- Le nombre de personnes qui ne se sentent pas soutenues par le SPASAD</li> <li>- Le niveau de satisfaction des personnes âgées en général</li> <li>- Le niveau de satisfaction par rapport au travail des intervenants</li> </ul>	<b>ISA</b> Indicateur de satisfaction des acteurs
		Satisfaction des intervenants				X	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La structure répond de façon satisfaisante aux demandes des intervenants pour résoudre les problèmes rencontrés pendant leur intervention et facilite leur travail</li> <li>- Les intervenants se sentent considérés dans leurs fonctions</li> <li>- La réalisation de soi (La structure-prestataire favorise l'évolution de carrière pour les intervenants qui le souhaitent)</li> <li>- Le nombre de formations organisées et celui des intervenants qui les ont suivies, la pertinence des thèmes abordés</li> </ul>	
		Réalisations des objectifs de la structure-prestataire	X			X	- Réalisation des objectifs et des missions de la structure prestataire	



## Quelques définitions et commentaires de certains domaines

### La configuration des ressources

Par configuration des ressources nous entendons la disponibilité des ressources humaines et matérielles qui sont essentielles pour envisager une prise en charge de qualité.

La quantité des besoins et les critères individuels des acteurs doivent être pris en compte pour apprécier ce critère.

### La globalité

Elle ne consiste pas seulement à disposer des services variés au niveau d'un SPASAD, il faut que ces services soient déployés de façon adéquate en fonction de la nature des besoins de la personne âgée.

### La pertinence

Il s'agit de la correspondance entre les besoins et les services fournis. Ce critère nécessite d'avoir une évaluation multidimensionnelle à l'aide d'une démarche standardisée comme l'outil MDS/RAI. Deux indices peuvent être identifiés pour apprécier la pertinence : l'indice de sous intervention qui correspond à la proportion de besoins non satisfaits parmi l'ensemble des besoins identifiés et l'indice de sur-intervention qui est la proportion des prestations qui ne sont pas nécessaires par rapport à l'ensemble des besoins identifiés.

## 4.3 Conséquences pour la pratique et Perspectives

### 4.3.1 Conséquences pour la pratique

Concevoir la qualité d'aide et d'accompagnement dans une vision globale et intégrée permet de réaffirmer les missions d'un SPASAD telles qu'elles sont définies par le décret n°2004-613 de 2004 mettant en place ces institutions. Le travail de ces structures devrait être fondé non seulement sur la pluridisciplinarité mais surtout sur l'interdisciplinarité pour remplir ses missions. La réalisation des objectifs doit être recherchée à travers la qualité du service rendu et non pas seulement à travers le nombre de personnes suivies et le bilan d'activité. Cette conception permet de concevoir l'aide et l'accompagnement dans une perspective qui va au-delà de l'aide au ménage mais complémentaires aux soins de santé médicaux pour une meilleure prise en charge de la personne âgée.

Confrontées aux contraintes organisationnelles et aux manques de ressources, cette vision permettra aux acteurs de renouer avec des valeurs humanistes d'aide à la personne avec la conception du caring comme base théorique. Elle permettra aux intervenants de se déculpabiliser si une toilette refusée par la personne, n'est pas effectuée sous contrainte, mais qu'un moment de partage sur le vécu d'une nuit mal passée, d'une expérience douloureuse ou joyeuse, est pris en lieu et place de cette douche imposée.

La conception de la qualité dans une vision autre que normative permet d'envisager sa mesure et son amélioration dans une perspective qui décroïsonne les acteurs et leurs secteurs et d'œuvrer pour une prise en charge plus intégrée et offrir des services de qualité pour assurer le soutien à domicile des personnes âgées. Une évaluation globale permet aux acteurs de prendre conscience de leur interdépendance et de l'importance de chaque dimension de la qualité dans un processus global et individualisé.

Une évaluation d'aide utilisant une approche holistique et individualisée permet aux acteurs de retrouver les dimensions qui les intéressent, ce qui les motive à s'impliquer dans le processus d'évaluation. La prise en compte des perspectives de chaque acteur permet de surmonter les différents paradoxes de conception qui existent entre l'expérience des uns des autres, entre le contexte local (micro) et social (macro), entre les attentes individuelles et les objectifs du système social qui poursuit l'intérêt général.

Le cadre conceptuel que nous avons proposé est un modèle générique qui peut s'appliquer à toutes les situations de l'aide et de soins, au plus complexes à celles qui le sont moins, avec une base théorique (théorie du caring) appropriée pour l'aide et l'accompagnement de la personne âgée. Il prend en compte d'autres aspects sociaux, organisationnels et cliniques qui souvent sont sous-estimés dans les démarches habituelles de l'évaluation et de la détermination des moyens. Il vise plus un but formatif que normatif, en étant plus près de la réalité pratique car il est issu d'une analyse des préoccupations des acteurs par eux-mêmes dans une approche réflexive de la réalité de leurs pratiques. Il permet d'aller au-delà d'une démarche évaluative, mais aussi permet de comprendre où se situerait l'obstacle empêchant de produire un service de qualité.

#### 4.3.2 Perspectives

Ce travail a été réalisé grâce à la collaboration de deux structures de SPASAD. Il faudrait à partir de ces résultats, envisager d'élargir le nombre de SPASAD avec lesquels nous travaillons pour recueillir leurs commentaires sur les indicateurs proposés et enrichir l'opérationnalisation de ces derniers.

Le travail visant à informer, former les acteurs de différentes structures est nécessaire pour permettre leur appropriation et leur adhésion afin de garantir un niveau d'acceptation assez élevé et homogène des indicateurs proposés et aboutir à un schéma commun tant sur la liste des indicateurs que sur leur définition opérationnelle.

Une collaboration entre le monde de la recherche et les acteurs impliqués dans l'aide et l'accompagnement des personnes âgées favoriserait l'amélioration de la qualité en apportant aux acteurs des informations dont ils ont besoin pour améliorer leurs pratiques, analyser les pratiques et les déterminants de la qualité de leur travail dans une approche réflexive et valoriser leur travail sur la scène publique.

## Conclusion

La qualité du service rendu aux bénéficiaires des services d'aide et d'accompagnement est un enjeu majeur compte tenu des enjeux financiers et sociétaux dans ce secteur. Une demande d'aide à la personne qui ne cesse d'augmenter et son ouverture au marché avec des bénéficiaires qui sont mal informés, isolés et en perte d'autonomie physique mais aussi cognitive nous oblige d'être plus attentifs à la qualité du service rendu.

Nous avons pu montrer à travers notre recherche que la perception des acteurs de ce qu'est la qualité de l'aide et de l'accompagnement va au-delà de la simple réalisation d'un acte de la vie quotidienne comme le ménage ou les soins à la personne. Ils s'inscrivent dans une approche plus globale qui relève à la fois de ce qui se passe à l'intérieur du domicile qu'à l'extérieur de celui-ci. L'aide et l'accompagnement doivent être considérés comme un système d'action unissant des acteurs impliqués dans une action visant à prendre soin de la personne âgée pour sa santé et son bien-être. L'appréciation de sa qualité nécessite une approche globale et intégrée.

A l'aide des résultats de notre étude et des connaissances existantes, nous proposons une approche conceptuelle et méthodologique adaptée au contexte et aux spécificités d'un service d'aide et de soins à domicile. Elle prend en compte les perspectives de chaque acteur. Des indicateurs pour chaque dimension ont été proposés.

L'approche évaluative que nous suggérons dans ce rapport permet de saisir la complexité de l'aide et de l'accompagnement à domicile afin de mesurer sa qualité. La compréhension de la production d'un service d'aide grâce à cette démarche permet d'envisager des actions ciblées pour l'amélioration de la qualité.

Ce travail nous a permis de voir qu'il est possible d'envisager une véritable évaluation avec une approche multidimensionnelle de la qualité de l'aide et de l'accompagnement à domicile. Tenir compte à la fois de la réalité pratique de l'intervention d'aide et des objectifs poursuivis pour le soutien à domicile des personnes âgées permet d'espérer une adhésion des acteurs à la démarche d'évaluation et de prétendre à l'utilisation des résultats pour l'amélioration de la qualité du service rendu.

## Bibliographie

- Agrément Canada. (2008). *Mieux comprendre les indicateurs : cahier du participant*. In Agrément Canada (Ed.), *Formation*. Ottawa: Agrément Canada.
- 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.
- Ankri, J. (2006). *Quelles méthodes pour évaluer la déficience et l'incapacité?* Paper presented at the Soutien à domicile des personnes âgées dépendantes, Paris.
- Ankri, J. (2007). Dépendance, incapacités, handicap. In L. D. française (Ed.), *Le vieillissement en Europe. Aspects biologiques, économiques et sociaux* (pp. 77-89). Paris: Les Etudes de la Documentation française.
- 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*.
- Beland, F., Bergman, H., Lebel, P., Clarfield, A. M., Tousignant, P., Contandriopoulos, A. P., et al. (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.
- Beland, F., Bergman, H., Lebel, P., Dallaire, C., Fletcher, J., Contandriopoulos, A. P., et al. (2008). Des services intégrés pour les personnes âgées fragiles (SIPA). Expérimentation d'un modèle pour le Canada. *Gérontologie et Société*, 124, 49-83.
- Berg, K., Mor, V., Morris, J., Murphy, K., Moore, T., & Harris, Y. (2002). Identification and evaluation of existing nursing homes quality indicators. [Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. Validation Studies]. *Health Care Financ Rev.*, 23(4), 19-36.
- Bertrand, D. (2010). Le services de soins infirmiers à domicile en 2008. *Etudes et résultats DREES*, N°739.
- Blanpain, N. (2010, oct). 15000 centenaires en 2010 en France, 200000 en 2060? *INSEE Première*, 4.
- Blumenthal, D. (1996). Part 1: Quality of care--what is it? *N Engl J Med*, 335(12), 891-894.
- Bokhour, B. G., Pugh, M. J., Rao, J. K., Avetisyan, R., Berlowitz, D. R., & Kazis, L. E. (2008). Improving Methods for Measuring Quality of Care: A Patient-Centered Approach in Chronic Disease. *Medical Care Research and Review*, 66(2), 147-166.
- Bos, J. T., Frijters, D. H., Wagner, C., Carpenter, G. I., Finne-Soveri, H., Topinkova, E., et al. (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.
- 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.
- 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.
- Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., & Hartz, Z. (2009). *L'évaluation: concepts et méthodes*. Montréal: les Presses de l'université de Montréal.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., et al. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321(7262), 694-696.
- Campbell, S. M., Braspenning, J., Hutchinson, A., & Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Qual Saf Health Care*, 11(4), 358-364.
- 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*, 95, 37-45.

- Cheung, J. C. K., Kwan, A. Y. H., Chan, S. S. C., Ngan, R. M. H., Ng, S. H., Leung, E. M. F., et al. (2005). Quality of Life in Older Adults: Benefits from Caring Services in Hong Kong. *Social Indicators Research*, 71(1-3), 291-334.
- CISMeF. (2010). Portail Terminologique de Santé. Retrieved from <http://pts.chu-rouen.fr/index.html>
- Colin, C., & Coutton, V. (2000). Le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête "handicaps-incapacités-dépendance DREES: Etudes et résultats, 94.
- 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.).
- Colvez, A., & Gardent, H. (1990). *Les indicateurs d'incapacité fonctionnelle en gérontologie : information - validation - utilisation*. Paris: Flash informations.
- Contandriopoulos, A.-P., Champagne, F., Denis, J.-L., & Avargues, M.-C. (2000). L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé 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.
- Couillerot-Peyronnet, 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*.
- Cour des Comptes. (2010). *Rapport public annuel - 2010, Chap 3 Politiques publiques: La politique en faveur des services à la personne*.
- COUTTON, V. (2001, Décembre). Evaluer la dépendance à l'aide de Groupes Iso-Ressources (GIR) : une tentative en France avec la grille AGGIR. *GERONTOLOGIE ET SOCIETE*, 99, 111-129.
- Delbanco, T., Berwick, D., Boufford, J., Edgman-Levitan, S., Ollenschlager, G., Plamping, D., et al. (2001). Healthcare in a land called PeoplePower: nothing about me without me. *Health Expect*, 4(3), 144-150.
- Detolle, J. (2001, Décembre). Le référentiel AFNOR "Services aux personnes à domicile". *GERONTOLOGIE ET SOCIETE*, n°99.
- Devettier, F. X., Jany-Catrice, F., & Ribault, T. (2009). *Les services à la personnes*. 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.
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*, 83(4), 691-729.
- DREES. (2011). Enquête sur l'allocation personnalisée d'autonomie réalisée par la DREES auprès des conseils généraux. n°2. 2011, 2.
- Duffy, J. R., & Hoskins, L. M. (2003). The Quality-Caring Model: blending dual paradigms. *ANS Adv Nurs Sci*, 26(1), 77-88.
- Dutheil, N. (2000). Les services d'aide à domicile en 1998 et 1999. *Etudes et résultats DREES*, 91, 8.
- Ennuyer, B. (2002). *Les malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*. Paris: Dunod.
- Ennuyer, B. (2006). *Repenser le maintien à domicile. Enjeux - acteurs - organisation*. Paris: Dunod.
- 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.
- Eustis, N. N., & Fischer, L. R. (1991). Relationships between home care clients and their workers: implications for quality of care. *Gerontologist*, 31(4), 447-456.
- Evans, R. G., Barer, M. L., & Marmor, T. R. (1996). *Être ou ne pas être en bonne santé. Biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

- Fontaine, D., Beyragued, L., & Miachon, C. (2004). *Le Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social*: ORS Rhône-Alpes,.
- 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.
- Haddad, S., Roberge, D., & Pineault, R. (1997). Comprendre la qualité : en reconnaître la complexité. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 4(1), 59-78.
- Health Services Research Group. (1992). Quality of care: 1. What is quality and how can it be measured? . *Cmaj*, 146(12), 2153-2158.
- Henrard, J.-C. (1997). Les politiques publiques d'action sociale et médico-sociale vieillesse: Du troisième âge à la dépendance. *Actualité et dossier en santé publique* 20 p.14-15.
- Henrard, J.-C. (2002). Vieillesse et santé. Le système français d'aide et de soins aux personnes âgées. . *Santé Société et Solidarité : Revue de l'Observatoire Franco-Quebécois de la Santé et de la Solidarité*, 2, 73-82.
- Henrard, J. C. (2012). *La perte d'autonomie. Un nouvel enjeu de société*. Paris: L'harmattan.
- Henrard, J. C., & Ankri, J. (1999). *Grand âge et santé publique*. Rennes: ENSP.
- Hirdes, J. P., Fries, B. E., Morris, J. N., Ikegami, N., Zimmerman, D., Dalby, D. M., et al. (2004). Home care quality indicators (HCQIs) based on the MDS-HC. *Gerontologist*, 44(5), 665-679.
- 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.
- Kane, R. A., Kane, R. L., Illston, L. H., & Eustis, N. N. (1994). Perspectives on home care quality. *Health Care Financ Rev*, 16(1), 69-89.
- King, I. M. (1997). King's theory of goal attainment in practice. *Nurs Sci Q*, 10(4), 180-185.
- Kodner, D. L. (2002). The quest for integrated systems of care for frail older persons. *Aging Clin Exp Res*, 14(4), 307-313.
- Kroger, E., Tourigny, A., Morin, D., Cote, L., Kergoat, M. J., Lebel, P., et al. (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.
- Légifrance. (2012). Code de l'action sociale et des familles. Retrieved 20 Janvier, 2012, from <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006796960&dateTexte=&categorieLien=cid>
- 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.
- Loubat, J.-R. (2002). Rénovation de la loi de 1975 et relation de service *Empan*, 45, 47-56.
- Marquier, R. (2010a, Octobre). Les activités des aides à domicile en 2008. *DREES: Etudes et Résultats*, 741, 8.
- Marquier, R. (2010b). Les intervenantes au domicile des personnes fragilisées en 2008. *DREES : Etudes et résultats*, N° 728.
- McClarey, M. (2009). Quality measures in health care: Have they always been with us? *Journal of Research in Nursing*, 14(4), 291-293.
- McGlynn, E. A. (1997). Six challenges in measuring the quality of health care. *Health Aff (Millwood)*, 16(3), 7-21.
- Ménard, J. (2008). *Plan "Alzheimer et maladies apparentées" 2008-2012*. Paris.
- 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).
- LOI n° 2005- 841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale (2005).
- 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.
- Morin, E. (2005). *Introduction à la pensée complexe*. Paris: Seuil.
- Office québécois de la langue française. (Ed.) (2005). Québec.



- Office québécois de la langue française. (2010). Le grand dictionnaire terminologique. Retrieved 20 septembre, 2010, from [http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r\\_motclef/index1024\\_1.asp](http://www.granddictionnaire.com/btml/fra/r_motclef/index1024_1.asp)
- 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 Economiques, O. (2003). *Panorama de la santé. Les indicateurs de l'OCDE 2003*. Paris, France: OCDE.
- Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). (2005). *Les soins de longue durée pour les personnes âgées*. Paris: O.C.D.E.
- 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.
- Patistea, E. (1999). Nurses' perceptions of caring as documented in theory and research. [Review]. *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.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods (3rd ed.)*: Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- 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, Laperrière, 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.
- Pomey, M.-P., & Safyanik, C. (2007). L'évaluation externe de la qualité des soins et des services au Québec: quels acteurs? quels leçons? *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, 3, 42-46.
- Raguénès, R. (2008). *Réussir son intervention à domicile. Le(s) soutien(s) aux personnes dépendantes*. Reuil Malmaison: Wolters-Kluwer.
- Rantz, M. J., Mehr, D. R., Popejoy, L., Zwygart-Stauffacher, M., Hicks, L. L., Grando, V., et al. (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., et al. (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.
- Reeves, C. A., & Bednar, A. D. (1994). Defining quality: Alternatives and implications. *Academy of Management Review*, 19, 419-445.
- Robert-Bobel, I. (2006). *Projection de population 2005-2050 pour la France Métropolitaine. Méthodes et résultats*. Paris: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.).
- Roemer, M. I., & Montoya-Aguilar, C. (1988). Quality assessment and assurance in primary health care. *WHO Offset Publ*(105), 1-78.
- Rosati, R. J. (2009). The history of quality measurement in home health care. *Clin Geriatr Med*, 25(1), 121-134, vii-viii.
- 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).
- Rubin, H. R. (1990). Can patients evaluate the quality of hospital care? *Med Care Rev*, 47(3), 267-326.
- Sarry, S. (1995). La qualité de l'aide à domicile : un nouveau défi social. *CLEIRPPA*, 231, 1-5.
- Seale, C. (1999). *The quality of qualitative research. Chap. 4: Guiding ideals (p.32-50)*. Thousand Oaks: Sage Publication.
- Shankland, R., Saïas, T., & Friboulet, D. (2009). De la prévention à la promotion de la sante : Intérêt de l'approche communautaire. *Pratiques Psychologiques*, 15, 65-76.



- 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., & J.M., R. (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.).
- 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.
- 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.
- Steinwachs, D. M., & Hughes, R. G. (2008). *Health Services Research: Scope and Significance Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Rockville MD.
- 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.
- Villez, A. (1999). Aide formelle - aide informelle : une combinaison subtile. *Gérontologie et Société*, 89, 63-75.
- 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 Thery 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.
- Weiss, C. (1998). *Evaluation, Upper Saddle River* (NJ), Prentice Hall.
- Wenger, N., & Shekelle, P. (2001). Assessing care of vulnerable elders: ACOVE project overview. *Ann Intern Med*, 135(8 Pt 2), 642 - 646.
- Wolmark, Y. (2001). Evaluer la qualité. *Gérontologie et société*(99), 131-146.
- Yin, K. R. (1989). *Case Study Research: Sage Pubns*.
- Young, J. (1997). Review : Maintaining and measuring quality care: a discussion of the Maxwell Approach. *J Child Health Care*, 1(3), 133-137.

## **Annexes**

**Annexe 1 : Tableau résumant quelques études portant sur les indicateurs de la qualité des soins<sup>1</sup>**

Auteur	Titre	Objectifs	Population	Contexte de soins/pays	Méthode/ modalité de validation	Cibles/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 / <b>USA &amp; Pays-Bas</b>	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	<b>USA</b>	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 <b>USA</b>	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 Assess 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 <b>Canada &amp; USA</b>	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.
J T. Bos et al., 2007	Variations in quality of home care between sites across Europe, as measure by home care quality indicators	Identifier les problèmes de la qualité de soins et étudier l'utilisation des indicateurs de qualité du MDS pour détecter les différences de qualité de soins entre les pays européens	PA de 65 ans et plus	Home care <b>11 pays d'Europe/</b>	Étude transversale observationnelle des personnes de 65 ans et plus bénéficiant au moins de 2 semaines des soins à domicile dans les 11 pays d'Europe (sites urbains)	16 indicateurs sur la prévalence des événements indésirables (escarres, incontinence, chutes, douleurs...)
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 <b>Pittsburgh/USA</b>	Revue de la littérature	La contention physique, la vaccination de la grippe, la prévalence des anxiolytiques, la prévalence de déshydratation, etc...)

<sup>1</sup> N.B. Etant donné que certaines appellations ne désignent pas des mêmes services dans les différents pays, nous avons parfois gardé les termes utilisés par les auteurs.

Auteur	Titre	Objectifs	Population	Contexte de soins/pays	Méthode/ modalité de validation	Cibles /Résultats
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/ <b>OCDE</b>	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/ <b>Angleterre</b>	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 <b>Hollandes</b>	Par « mapping/structured conceptualization »	Les différentes cibles pour le domicile: groupe 1: disponibilité, continuité, et organisation des soins; groupe 2: temps d'attente, 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 effected 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/ <b>Québec</b>	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
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 <b>USA</b>	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%)

Auteur	Titre	Objectifs	Population	Contexte de soins/pays	Méthode/ modalité de validation	Cibles/Résultats
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	Etude 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, ....
Minnesota Department 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

Auteur	Titre	Objectifs	Population	Contexte de soins/pays	Méthode/ modalité de validation	Cibles/Résultats
European centre for social Welfare 2010	Measuring Progress: Indicators for care homes	Construire un ensemble d'indicateurs de la qualité	PA	<b>Europe</b>	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 antipsychotique, neuroleptiques, antidépresseurs, état des dents, troubles psychiatriques gériatriques, 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 ambulatoire (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: Diabètes, constipations, démence, incontinence urinaires, 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 primaire, 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 ....
M N Marshall, et al., 2002	Can health care quality indicators be transferred between countries?	Evaluer la transférabilité des indicateurs de qualité de soins entre l'Angleterre et les États-Unis.	—	<b>Angleterre</b>	Revue de la littérature/ RAND process	Soins médicaux (HTA, Diabètes, dépressions, 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	<b>USA</b>	Revue de la littérature, Delphi d'un panel d'experts	Indicateurs selon l'Etat clinique : cancer et HIV, état clinique général de l'adulte (acné, alcool, dépendance, diabète, dépression etc.)

Auteur	Titre	Objectifs	Population	Contexte de soins/pays	Méthode/ modalité de validation	Cibles/Résultats
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/ <b>USA</b>	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	<b>Ontario</b>	Delphi, Processus de consensus	Médecine générale
D. Venablesa et al., 2006	Standards of care in home care services: A comparison of generic and specialist services for older people with dementia	Décrire des normes de services des soins à domiciles pour les personnes atteints de problèmes cognitifs. Etudier les différences en qualité des soins spécialisés et les services de soins à domiciles non spécialisé.	Personnes âgées	Home Care services <b>Angleterre (Nord-Ouest)</b>	Revue de la littérature/ questionnaire	Trois niveaux de normes: - les normes de services produits et processus de soins - Le contenu de services: soins individualisé, 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
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 hospitalisée après une chute	Hôpital-unité gériatrique- <b>Québec</b>	Experts professionnels représentant les 8 professions principales en gériatrie Etude 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 <b>USA</b>	Revue de la littérature, panel d'experts	26 domaines avec 392 Indicateur concernant : hypertrophie bénigne de la prostate, cancer du sein, maladie pulmonaire obstructive chronique, cancer colorectal, continuité et coordination des soins, démence, dépression, diabète ...