



Canadian Health Services Research **Foundation**  
**Fondation** canadienne de la recherche sur les services de santé

## **Optimiser la qualité des services de soutien à domicile : une stratégie pour améliorer le suivi de la prise en charge des aînés dépendants**

Octobre 2005

Oscar Firbank, Ph.D.  
Michel Arsenault, M.Sc.  
Lucie Bonin, M.D.  
Yvon Brunelle, M.A.  
André-Pierre Contandriopoulos, Ph.D.  
Lise Côté, M.Sc.  
Francine Ducharme, Ph.D.  
Jean-Pierre Fortin  
Jean-Pierre Fraser  
Hélène Hinse, M.Sc.  
Louise Lévesque, M.Sc.  
Michèle Paradis, M.A.  
André Tourigny, M.D.  
Lysette Trahan, Ph.D.

### **Partenaires décideurs :**

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

### **Financement fourni par :**

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé  
Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec  
Le Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture  
L'Institut national de santé publique du Québec  
La Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale  
L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec  
L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Laval  
Le CLSC-CHSLD du Marigot

## Chercheur principal :

Oscar Firbank, Ph.D.

Professeur agrégé et chercheur

Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la santé et de la prévention (GRASP)

Université de Montréal

C.P. 6128, succursale centre-ville

Montréal (Québec) H3C 3J7

Téléphone : (514) 343-6111 poste 4230

Télécopieur : (514) 343-2493

Courriel : [firbanko@grasp.umontreal.ca](mailto:firbanko@grasp.umontreal.ca)

Ce document est disponible sur le site Web de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé ([www.fcrss.ca](http://www.fcrss.ca)).

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, communiquez avec la Fondation :

1565, avenue Carling, bureau 700

Ottawa (Ontario)

K1Z 8R1

Courriel : [communications@fcrss.ca](mailto:communications@fcrss.ca)

Téléphone : 613-728-2238

Télécopieur : 613-728-3527

This document is available on the Canadian Health Services Research Foundation web site ([www.chrsf.ca](http://www.chrsf.ca)).

For more information on the Canadian Health Services Research Foundation, contact the foundation at:

1565 Carling Avenue, Suite 700

Ottawa, Ontario

K1Z 8R1

E-mail: [communications@chrsf.ca](mailto:communications@chrsf.ca)

Telephone: 613-728-2238

Fax: 613-728-3527

# Optimiser la qualité des services de soutien à domicile : une stratégie pour améliorer le suivi de la prise en charge des aînés dépendants

Oscar Firbank, Ph.D.<sup>1</sup>  
Michel Arsenault, M.Sc.<sup>2</sup>  
Lucie Bonin, M.D.<sup>3</sup>  
Yvon Brunelle, Ph.D.<sup>4</sup>  
André-Pierre Contandriopoulos, Ph.D.<sup>5</sup>  
Lise Côté, M.Sc.<sup>6</sup>  
Francine Ducharme, Ph.D.<sup>7</sup>  
Jean-Pierre Fortin<sup>8</sup>  
Jean-Pierre Fraser<sup>8</sup>  
Hélène Hinse, M.Sc.<sup>9</sup>  
Louise Lévesque, M.Sc.<sup>7</sup>  
Michèle Paradis, M.A.<sup>6</sup>  
André Tourigny, M.D.<sup>10</sup>  
Lysette Trahan, Ph.D.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>GRASP, Université de Montréal

<sup>2</sup>Centre de santé et de services sociaux de Québec-Sud

<sup>3</sup>Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

<sup>4</sup>Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

<sup>5</sup>GRIS, Université de Montréal

<sup>6</sup>Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale

<sup>7</sup>Institut universitaire de gériatrie de Montréal

<sup>8</sup>Centre de santé et de services sociaux de Laval

<sup>9</sup>Centre de santé et de services sociaux d'Arthabaska-Érable

<sup>10</sup>Institut national de santé publique du Québec

## Remerciements :

Les auteurs tiennent à remercier l'ensemble des collaborateurs et des partenaires qui se sont intégrés et ont grandement contribué au programme de recherche. Nous remercions également les usagers, les proches-aidants et les intervenants qui ont si généreusement donné de leur temps pour participer à l'étude. Nos remerciements s'adressent aussi aux responsables locaux des sites, Jean Couture, Annick Giroux, France Giroux et Richard Hudon, pour leur précieuse collaboration et le dynamisme dont ils ont fait preuve. Nos remerciements vont enfin au personnel de recherche, notamment Sophie Éthier, coordonnatrice du programme, Alexandra Dubé, Janique Johnson-Lafleur, Marie-Claude Langlois, Olga Lucio et Isabelle Mauger, agentes de recherche, pour le travail considérable qu'elles ont accompli et sans qui un projet de cette envergure n'aurait pas été possible.

## Table des matières

<b>Principales implications pour les décideurs</b> .....	<b>i</b>
<b>Sommaire</b> .....	<b>ii</b>
<b>CONTEXTE DE L'ÉTUDE</b> .....	<b>1</b>
<b>IMPLICATIONS</b> .....	<b>3</b>
<b>APPROCHE</b> .....	<b>10</b>
<b>RÉSULTATS</b> .....	<b>15</b>
<i>Démarrage de la démarche</i> .....	<i>15</i>
<i>Dépistage des problèmes de qualité</i> .....	<i>17</i>
<i>Analyse des problèmes de qualité et recherche de solutions</i> .....	<i>18</i>
<i>Implantation et évaluation des solutions</i> .....	<i>21</i>
<i>Diffusion de l'information</i> .....	<i>22</i>
<i>Évaluation d'ensemble</i> .....	<i>23</i>
<b>RECHERCHE PLUS APPROFONDIE</b> .....	<b>24</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>25</b>

## Principales implications pour les décideurs

Une démarche d'amélioration continue de la qualité des services de soutien à domicile, visant tant le fonctionnement à l'intérieur des organismes (publics, privés et communautaires) que les rapports inter-organismes, a été développée et expérimentée sur trois sites pilotes et 14 milieux partenaires. La démarche s'est avérée pertinente, faisable et efficace pour améliorer la qualité de la prestation et, moyennant certains ajustements, transférable à d'autres programmes ou types de clientèle.

Le succès de la démarche repose sur certains préalables, notamment :

- L'existence d'un organisme pivot sur le territoire, susceptible de mobiliser les partenaires, et de planifier et coordonner la démarche au niveau local;
- L'engagement ferme des directeurs des organismes participants et des cadres directement impliqués;
- La volonté et la possibilité d'investir les ressources nécessaires; et
- La reconnaissance que l'amélioration de la qualité est un travail continu et de longue haleine.

L'expérimentation de la démarche aura par ailleurs permis de dégager plusieurs enseignements :

- Tout d'abord, si son adaptation aux caractéristiques des milieux est importante, cela doit se faire sans dénaturer la philosophie à sa base et la séquence des étapes qui la composent (démarrage, dépistage des problèmes, recherche de solutions, implantation et évaluation).
- Ces étapes gagnent d'ailleurs à être réalisées de la façon la plus rapprochée possible.
- La mise sur pied d'éléments structurels comme un comité de pilotage, des cercles de qualité et un poste de responsable local est essentielle.
- Le choix du traitement d'un premier problème relativement peu complexe et servant de projet de démonstration est à privilégier.
- Une formation aux outils d'amélioration de la qualité offerte au fur et à mesure que les étapes sont franchies favorise une meilleure intégration des apprentissages. L'utilisation de ces outils doit en outre se faire avec souplesse.
- L'implantation des solutions aux problèmes de qualité nécessite une planification détaillée, qui a parfois tendance à être escamotée.
- Lorsque ces solutions touchent aux méthodes ou à l'organisation du travail, un essai auprès d'un petit groupe plutôt qu'à toute l'organisation est préférable.
- Il est important d'évaluer l'impact des changements introduits à partir d'indicateurs.
- Le soutien financier des partenaires du secteur privé et communautaire peut être un incitatif à leur engagement dans la démarche.
- Enfin, si un organisme peut réaliser l'ensemble de la démarche de façon autonome, l'appel à une expertise externe (consultant ou autre milieu maîtrisant la méthode) pourrait être souhaitable, surtout lors de son implantation initiale.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus montrent que la démarche permet d'améliorer différents aspects de la qualité; ces améliorations ayant notamment porté sur la continuité informationnelle et d'approche et sur l'efficacité des services de soutien à domicile.

## Sommaire

Plusieurs des réformes récemment amorcées au Québec et au Canada dans le secteur des services de longue durée ont porté une attention toute particulière à la qualité. À différents endroits, des efforts ont été entrepris en vue de développer des programmes d'agrément pour les organismes prestataires de services à domicile, de mettre sur pied des mécanismes réglementaires ou d'audit clinique pour évaluer la qualité, ou de définir et mesurer des indicateurs de processus et de résultat quant à la qualité des soins prodigués. Ces initiatives, cependant, même si pertinentes, ne s'inscrivent généralement pas dans une stratégie globale de promotion de la qualité des soins assurés par différentes catégories de fournisseurs de services. Peu d'études ont par ailleurs abordé la dimension inter-organisationnelle de la gestion de la qualité.

Le programme de recherche faisant l'objet de ce rapport visait à élaborer, implanter et évaluer une démarche d'amélioration continue de la qualité, adaptée au secteur des soins à domicile et à la population âgée desservie. Il s'est déroulé dans trois sites pilotes, impliquant les principales catégories d'organismes qui caractérisent l'organisation des services à domicile au Québec, soit centre local de services communautaires (CLSC), centre de jour, entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD), organisme communautaire et agence privée. Des instances inter-organismes, responsables des réseaux locaux de services offerts aux aînés sur une base territoriale, ont aussi été ciblées et ont participé à deux des sites du programme. Au total, 14 milieux ont été associés à la recherche à titre de partenaires.

La démarche expérimentée s'est appuyée sur une approche particulière de la gestion de la qualité, dont la force réside dans le fait de : (1) chercher à mobiliser et à impliquer tous les acteurs concernés, (2) utiliser des outils précis pour résoudre des problèmes complexes, (3) analyser les problèmes en lien avec l'organisation et les processus de prestation des services, et (4) favoriser une stratégie des petits pas, avec des changements graduels et progressifs.

Les trois sites pilotes ont d'ailleurs été menés de façon séquentielle, ceci dans le but, au site 1, d'élaborer et expérimenter une première fois la démarche; au site 2, d'adapter, préciser et tester les outils développés; et, au site 3, d'accompagner les milieux dans la réalisation de la démarche avec un moindre soutien de l'équipe de recherche. Dans chacun des sites des structures particulières ont été mises sur pied afin de permettre un meilleur encadrement de la démarche et de faciliter sa réalisation : des comités de pilotage, des responsables locaux de recherche et des cercles de qualité.

La démarche, telle que conçue, a comporté quatre phases majeures : assurer son démarrage dans un territoire, faire un dépistage des problèmes de qualité les plus courants et les plus importants, analyser un nombre réduit de problèmes pour en identifier des solutions, et, enfin, implanter ces solutions et les évaluer sur une période donnée de temps. Plusieurs moyens ont été mis en œuvre afin de dépister des problèmes de qualité, en ciblant les professionnels du secteur, les

usagers âgés et leurs proches-aidants. Tout d'abord, des Groupes nominaux ont été organisés dans chacun des milieux, y compris les instances inter-organismes, pour recueillir le point de vue de différentes catégories de personnel (n=99). Des entrevues individuelles et des groupes de discussion (*focus groups*) ont ensuite été réalisés avec des usagers âgés (n=108) et des proches-aidants (n=25). Le dépouillement d'un certain nombre de dossiers cliniques d'usagers a aussi été expérimenté (n=20) dans l'un des sites. L'ensemble des données recueillies ont été triangulées permettant ainsi de dégager les domaines ou problèmes prioritaires à aborder dans les milieux participant à la recherche.

Cette phase de la démarche complétée, l'analyse des problèmes et l'identification de solutions ont été assurées par des cercles de qualité, mis sur pied chez tous les organismes et instances inter-organismes en faisant appel à la participation volontaire du personnel cadre, clinique et administratif, et à des bénévoles. La taille et la composition des cercles ont varié selon les caractéristiques des milieux et la nature des problèmes à traiter. Leur travail a été réalisé en fonction des objectifs poursuivis, en faisant appel à un ensemble d'outils couramment employés dans des démarches de ce genre (remue-méninges, matrice multicritères, diagramme des affinités, diagramme de Pareto, etc.).

La dernière phase de la démarche, consistant à implanter des solutions et à en évaluer leur efficacité, a aussi été accomplie par les cercles de qualité, en collaboration étroite avec la direction des organismes et l'équipe de recherche. La tâche a consisté à planifier leur implantation, définir des indicateurs de suivi et procéder à leur mise en œuvre. Presque tous les milieux participant au programme ont réussi à implanter des améliorations relatives à un, et parfois deux problèmes de qualité.

L'ensemble de la démarche a été évalué par rapport au processus, en vue d'analyser les conditions d'implantation et de réalisation dans chacun des sites, et à son impact, notamment en ce qui concerne la capacité des actions d'amélioration de la qualité et des solutions qui en découlent à changer les processus de travail et les pratiques professionnelles des intervenants concernés. Les résultats qui émanent de l'expérimentation montrent que son implantation territoriale est possible, permettant d'associer les principaux acteurs du soutien à domicile à une démarche collective et coopérative de gestion de la qualité. Les comités de pilotage mis sur pied pour gérer et encadrer la démarche au plan local, ainsi que les responsables locaux ont contribué grandement à cette dynamique de travail en commun. Malgré qu'on pouvait s'attendre à certaines craintes des partenaires des secteurs communautaire et privé de se faire imposer une méthode de travail impulsée par le secteur public; cela ne semble pas avoir influencé leur niveau d'engagement et leur implication dans le processus. Des suggestions ont été faites par certains partenaires sur la nécessité, d'une part, de mieux documenter l'ampleur de la démarche et les investissements requis de chacun et, d'autre part, de rendre le vocabulaire utilisé pour présenter la méthode et les outils de travail le moins technique possible.

C'est sans doute la phase de dépistage des problèmes qui a posé le plus de difficulté dans les trois sites, à cause de l'ampleur du travail accompli et de l'expertise que celui-ci demande, difficilement envisageable par les organismes sans le soutien important d'une ressource externe. La réalisation des entrevues auprès des personnes âgées et la triangulation des données se sont avérées particulièrement énergivores en temps, ceci en dépit des ajustements à la méthode effectués d'un site à l'autre. Comparativement aux entrevues, et exception faite des CLSC où la structuration des services est plus complexe, les groupes nominaux ont été plus faciles à réaliser et peuvent être assumés par les milieux de façon assez autonome. Malgré ces difficultés, une information très riche et pertinente quant aux problèmes de qualité a pu être dégagée au cours de cette étape de la recherche.

Le travail d'analyse des problèmes et de recherche de solutions, réalisé dans le cadre des cercles de qualité, aura permis de mettre à contribution une diversité d'intervenants ayant des rôles différents dans leur organisme, tout en favorisant une dynamique de mobilisation des acteurs du terrain et de travail en commun. La participation aux cercles de qualité du personnel de direction, à titre d'animateurs, et leur engagement ferme, auront constitué un atout et un facteur important de succès. D'une façon générale, les outils de qualité utilisés dans cette phase de la démarche ont donné de bons résultats, ayant permis aux cercles d'accomplir leur tâche dans des délais jugés raisonnables. De plus, le temps requis pour la résolution d'un deuxième problème s'est avéré moins long, inférieur en moyenne de 27 % par rapport au premier problème.

Quant à la phase d'implantation, celle-ci aura permis d'introduire dans tous les milieux une série de changements, d'outils ou d'actions d'amélioration, dont les résultats en termes d'efficacité se sont avérés assez positifs. Une attention particulière doit être portée à cette phase de la démarche car elle risque d'être escamotée sous l'impulsion d'aller rapidement à l'action, sans une préparation adéquate et rigoureuse des activités à entreprendre. Des essais à petite échelle sont souvent nécessaires pour l'implantation de solutions qui touchent aux méthodes ou à l'organisation du travail. Une implantation progressive des solutions peut aussi contribuer à contrer la résistance initiale de la part de certains intervenants face aux changements promus. L'utilisation d'indicateurs pour évaluer l'efficacité des solutions est reconnue importante par les milieux mais leur utilisation semble souvent problématique ou n'est pas pleinement valorisée. Plusieurs intervenants ont souligné les retombées positives de la démarche au plan de la dynamique interne de l'organisme, ainsi qu'externe, par rapport aux relations qu'ils entretiennent avec les autres partenaires du secteur des services à domicile de leur territoire.

## CONTEXTE DE L'ÉTUDE

La qualité de la prestation, souvent reconnue comme une dimension centrale des soins et des services à domicile prodigués aux personnes âgées dépendantes, représente aussi un défi de taille pour les décideurs et les fournisseurs de services, soucieux d'en assurer une meilleure gestion. Plusieurs des réformes récemment amorcées au Québec et au Canada dans le secteur des services de longue durée ont porté une attention toute particulière à la qualité. Le contexte dans lequel évoluent les services à domicile, marqué par une augmentation du volume et de la lourdeur des cas, et par le souci de la part des financeurs et des fournisseurs d'offrir de meilleurs services au meilleur coût, a par ailleurs entraîné un important débat et est susceptible de générer des pressions pour que la dimension qualité prenne une importance croissante.

Des efforts ont ainsi été entrepris à différents endroits en vue de développer des programmes d'agrément pour les organismes prestataires de services à domicile, de mettre sur pied des mécanismes réglementaires ou d'audit clinique pour évaluer la qualité, ou de définir et mesurer des indicateurs de processus et de résultat quant à la qualité des soins prodigués<sup>(1)</sup>. On constate, cependant, que ces initiatives, même si pertinentes, ne s'inscrivent généralement pas dans une stratégie globale de promotion de la qualité des soins assurés par différentes catégories de fournisseurs de services. De surcroît, au Québec en particulier, les connaissances et l'expertise dont les organismes dispensateurs de services disposent par rapport aux stratégies d'amélioration de la qualité, notamment sur une base territoriale ou de réseau d'organisations, semblent limitées<sup>(2)</sup>. Le peu d'études menées sur la question au Canada ne fournit pas non plus les bases permettant à ces organismes d'être outillés ou de savoir quelles sont les stratégies les plus appropriées<sup>(3)</sup>.

Parmi un ensemble d'initiatives utilisées pour gérer la qualité des services de santé, l'amélioration continue de la qualité (ACQ) a été jusqu'à présent rarement envisagée par les fournisseurs de services à domicile et encore peu évaluée par la recherche. Dans le secteur hospitalier, sous l'impulsion du *Conseil canadien d'agrément des services de santé*, des démarches d'ACQ ont vu le jour et se sont répandues depuis une vingtaine d'années. Plusieurs études, menées au Canada et à l'étranger, ont cherché à déterminer les conditions de mise en œuvre et d'institutionnalisation de ces démarches, et à mesurer leur impact à l'égard du personnel soignant et des usagers<sup>(4-7)</sup>. Les résultats, cependant, sont assez variables d'une étude à l'autre, résultat autant des caractéristiques des démarches que du contexte organisationnel où elles ont été appliquées. Alemi *et al.*<sup>(4)</sup>, par exemple, constatent, sur la base d'une évaluation comparative de 92 démarches qualité, que celles-ci ont souvent un impact significatif; les effets, cependant, porteraient avant tout sur les conditions de travail des intervenants et, dans une moindre mesure, sur la qualité des soins fournis ou la satisfaction des usagers. L'analyse de soixante projets

d'amélioration continue réalisés en France amène les auteurs à dégager des enseignements quant aux conditions qui favorisent leur réussite<sup>(5)</sup>: Lozeau<sup>(6)</sup>, pour sa part, rapporte que malgré des retombées positives, l'enracinement à long terme des démarches qualité dans les hôpitaux publics au Québec serait plutôt rare.

La réalisation de projets apparaît par ailleurs souvent exigeante en termes de temps, et demanderait une certaine flexibilité par rapport à la méthode<sup>(4)</sup>. Plusieurs auteurs<sup>(8,9)</sup>, cependant, mettent en garde contre le non accomplissement de toutes les étapes requises par l'ACQ, ce qui rendrait les changements et la mise en œuvre des améliorations plus difficile. De même, Lemieux-Charles *et al.*<sup>(10)</sup>, affirment que l'utilisation et le respect, par les équipes de réalisation de projets, des outils d'ACQ accroît leur satisfaction par rapport à la méthode et constitue un gage de leur réussite.

Compte tenu de la diversité d'organismes qui participent à la prise en charge à domicile des personnes âgées, une stratégie qualité à privilégier dans le secteur suppose que celle-ci soit gérée autant à l'intérieur des organismes que de façon collective, notamment en ce qui concerne le cheminement et le suivi des usagers parmi les milieux collaborant au sein d'une même région. Peu d'initiatives ont abordé la dimension inter-organisationnelle de la gestion de la qualité cependant. Les *Quality Collaboratives*, popularisées par l'*Institut of Health Improvement* aux É.-U., tout en regroupant des intervenants de plusieurs établissements de santé en vue de la résolution d'un même problème de qualité, souscrivent généralement à une approche normative de la qualité, et s'appuient sur l'existence de percées cliniques ou organisationnelles, qu'on cherche à implanter de façon assez rapide<sup>(11)</sup>. La démarche des *Itinéraires cliniques intégrés*<sup>(12)</sup>, même si apparentée à l'ACQ, est centrée davantage sur la définition d'une séquence optimale des soins pour des gens aux prises avec un problème précis (risque de chutes, Alzheimer, soins palliatifs) que sur l'amélioration d'un ensemble plus large de dimensions de la qualité des services.

Un trait commun à la plupart des démarches est le fait d'utiliser des outils dont la maîtrise demande l'acquisition de compétences particulières et l'emploi d'une nomenclature parfois peu accessible. Pour parvenir à des résultats, l'ACQ demande aussi la compréhension par les organismes du principe que l'amélioration de la qualité est un travail graduel et doit s'inscrire dans un processus continu<sup>(13)</sup>. La littérature sur le sujet établit par ailleurs que l'intégration chez les organismes des démarches d'ACQ s'appuie sur un changement de leur modalité décisionnelle et de leur culture collective<sup>(9)</sup>. Enfin, la question de la capacité ou de l'autonomie des organismes pour assurer la mise en place d'un tel type de démarche (peu abordée par les recherches), semble *a priori* être un facteur déterminant de son bon fonctionnement et de sa pérennisation. L'ensemble des organismes (privés, communautaires et publics) impliqués dans le soutien à

domicile des personnes âgées, perçoivent-ils l'importance d'évaluer la qualité de leurs services? Acceptent-ils de s'inscrire dans une démarche d'amélioration continue sur une base volontaire? À quelles conditions? Quels ajustements devrait-on faire à une telle démarche pour favoriser son utilisation par les organismes du secteur et la rendre efficace? Quels sont les moyens requis pour sa réalisation chez les organismes du secteur? Quelle est l'utilité relative de divers outils qualité pour ces organismes? Quels rôles ont à jouer les partenaires, à quelles conditions, avec quelles limites lors de la phase d'analyse des problèmes de qualité et de recherche de solutions? Par quels moyens peut-on réussir l'implantation d'améliorations chez les organismes du secteur? Quelles sont les conditions favorables ou défavorables à la pérennisation des démarches d'ACQ chez ces organismes? Quels mécanismes devrait-on mettre en place pour maximiser l'autonomie des organismes intéressés au plan de la gestion d'une démarche d'amélioration continue? Telles sont les questions auxquelles la recherche menée dans le cadre de ce programme a tenté de répondre.

## **IMPLICATIONS**

D'une façon générale, la réalisation du programme de recherche aura permis de vérifier la pertinence de l'approche retenue pour le secteur des services à domicile, et l'utilité de la plupart des outils élaborés en vue de corriger des problèmes de qualité. L'expérience des organismes partenaires des trois sites pilotes a par ailleurs révélé que la méthode peut servir à résoudre des problèmes de qualité très variés, avec des résultats assez positifs. En outre, l'un des objectifs du programme étant de chercher à améliorer la qualité des services à l'intérieur d'une région donnée (définie par le territoire d'un CLSC), les résultats montrent que, moyennant certains ajustements, la démarche permet une gestion de la qualité autant à l'intérieur des organisations que par rapport aux partenaires impliqués dans le continuum de services auprès des personnes âgées. La démarche se révèle donc appropriée pour une diversité de milieux organisationnels et d'instances inter-organisationnelles, tout en s'adaptant aux dynamiques et aux moyens particuliers à chacun. Elle a aussi le potentiel d'être applicable à d'autres programmes ou catégories de clientèles ou d'utilisateurs.

La force de la démarche réside avant tout dans la philosophie et la méthode sur lesquelles elle s'appuie, notamment le fait de : (1) chercher à mobiliser et à impliquer tous les acteurs concernés (2) utiliser des outils précis pour résoudre des problèmes complexes, (3) analyser les problèmes en lien avec l'organisation et les processus de prestation des services plutôt que les compétences des professionnels, (4) favoriser une stratégie des petits pas, avec des changements graduels et progressifs dont l'effet cumulatif permet d'améliorer la qualité de la prestation.

Au delà des résultats positifs qui émanent de la recherche, la démarche d'amélioration expérimentée ne semble pouvoir s'appliquer que sous certaines conditions; un ensemble de préalables étant à notre avis indispensables à sa mise en œuvre et à son appropriation par les milieux, dont :

*Préalable 1 - L'existence d'un organisme pivot, susceptible de mobiliser les partenaires du soutien à domicile, de planifier et de coordonner la démarche au niveau territorial, et d'obtenir les ressources nécessaires à son bon déroulement;*

*Préalable 2 - L'engagement ferme des directeurs des organismes participants et des cadres directement impliqués dans la mise en place et la conduite de la démarche;*

*Préalable 3 - La volonté et la possibilité pour les organismes participants d'investir les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la démarche et de libérer le personnel cadre, clinique et de soutien susceptibles d'être impliqués dans la démarche;*

*Préalable 4 - La reconnaissance par les responsables des organismes et les intervenants impliqués que l'amélioration de la qualité est un travail continu et de longue haleine.*

L'expérience du programme aura en outre permis de formaliser un ensemble d'enseignements dont la prise en compte est susceptible de faciliter l'implantation de la démarche et son déroulement. Certains de ces enseignements sont communs à tous les milieux, quel que soit leur dynamique organisationnelle ou contexte, tandis que d'autres s'appliquent surtout à certains organismes ou instances particuliers.

***Enseignement 1 : Au moment du démarrage, une planification aussi précise que possible de la démarche est un soutien indispensable pour bien saisir la nature des activités, quantifier l'ampleur des efforts et prendre conscience des implications***

Un document, explicitant l'ensemble des activités relatives au projet, les séances nécessaires à leur réalisation, les moyens requis ainsi qu'un calendrier d'exécution, devrait être produit par la direction des organismes au début de la démarche et distribué aux divers organismes et participants visés.

**Enseignement 2 : *L'adaptation de la démarche aux caractéristiques des milieux où elle s'applique est un gage de son bon déroulement et de sa pérennité***

Cette adaptation demande cependant de ne pas dénaturer la philosophie sur laquelle s'appuie la démarche (approche participative, analyse des processus, stratégie des petits pas, autre) et la séquence des étapes qui la composent (démarrage, dépistage des problèmes, recherche de solutions, implantation et évaluation). À titre d'exemple, chez les petits organismes disposant de peu de ressources, la simplification ou non application de certains outils est susceptible d'alléger la démarche et de favoriser son appropriation par les intervenants. Réduire l'ampleur des activités de dépistage faciliterait aussi l'implantation initiale de la démarche.

**Enseignement 3 : *La mise sur pied de structures et une définition claire des responsabilités quant à la gestion et à la réalisation de la démarche constituent des moyens indispensables à sa réussite***

Des structures particulières pour le pilotage et la réalisation de la démarche sont essentielles, telles des comités de pilotage et des cercles (ou groupes) de qualité. Le comité de pilotage, constitué de décideurs et de responsables des organismes, assure une fonction stratégique de mobilisation des partenaires et d'encadrement des actions; tandis que le cercle de qualité, comportant des intervenants directement concernés par les problèmes de qualité et leur correction, est chargé de la réalisation des projets. Des responsables locaux de projet, désignés au sein de chacun des organismes pivots (comme les instances locales), jouent aussi un rôle fondamental de soutien à la démarche, autant à l'intérieur de l'organisme que par rapport aux partenaires. De même, la présence dans les cercles des directeurs de programme ou des organismes, à titre d'animateurs, facilite grandement leur fonctionnement et constitue souvent une variable clé de la réussite des projets. En outre, la mise sur pied des cercles de qualité au tout début du projet semble constituer un atout, car elle permet un processus participatif concernant les activités de dépistage tout en assurant une meilleure continuité dans la réalisation de la démarche. Lorsque les organismes disposent déjà d'une structure de gestion de la qualité, le pilotage du projet devrait *a priori* relever de celle-ci.

**Enseignement 4 : *La consultation auprès d'une diversité d'acteurs en vue de dépister des problèmes de qualité, quoique importante pour cibler les problèmes, ne doit pas se faire aux dépens d'un alourdissement de la démarche***

Il en résulte de l'expérience que cette étape du projet devrait dans un premier temps être considérablement réduite. Des stratégies à explorer sont, soit la définition par l'organisme d'un domaine jugé particulièrement problématique et raffiné par la suite par les membres du cercle de qualité, soit l'identification d'un problème particulier émanant d'autres sources de données, les

plaintes formelles des usagers reçues par l'organisme, par exemple. L'utilisation de méthodes alternatives pour recueillir l'opinion des personnes âgées, autre que les entrevues personnelles face à face (par exemple, des entrevues téléphoniques ou des enquêtes ciblées) semble aussi envisageable quand le domaine ou problème à analyser est assez circonscrit.

**Enseignement 5 : *Le choix d'un premier problème de qualité doit se faire en tenant compte du fait que celui-ci permettra d'expérimenter et de réaliser les activités en cercles de qualité, dont le déroulement aura un effet mobilisateur pour les intervenants***

Alors que la présence de l'équipe de recherche a pu servir à soutenir les milieux dans la mise en œuvre de la démarche et à maintenir un certain élan, l'action autonome d'un organisme cherchant à implanter cette même démarche réaffirme l'intérêt de travailler au départ à un problème dont la résolution est relativement moins complexe et peut faire l'objet d'un projet de démonstration.

**Enseignement 6 : *La formation des intervenants et des cadres aux outils d'amélioration de qualité et aux dynamiques de groupe est importante, mais c'est souvent par la pratique qu'ils développent des compétences nouvelles et s'approprient les techniques***

Les retombées positives d'une formation intensive, donnée aux participants au début de la démarche, sont à pondérer avec l'investissement en temps et en rencontres qu'elle demande. Ainsi, une formation réalisée à partir d'un problème concret, et offerte au fur et à mesure que le travail pour y remédier évolue, constitue une stratégie plus efficace pour développer des compétences chez les participants. Une attention particulière doit être accordée à la terminologie utilisée en vue de présenter la démarche et les outils qualité, ceci afin d'éviter un langage souvent perçu par les participants comme hermétique et inaccessible. Le responsable local devrait par ailleurs pouvoir assumer un rôle de premier plan dans ce domaine, en assurant la formation dans les milieux plus petits ou parmi ceux où le roulement de personnel est plus important.

**Enseignement 7 : *Communiquer continuellement les progrès accomplis dans le cadre du projet à l'ensemble des acteurs concernés est l'un des moyens privilégiés pour maintenir leur motivation et réussir plus tard l'implantation des solutions***

Compte tenu de l'importance que cette communication revêt, sa planification est une activité à ne pas négliger et à définir très tôt dans la démarche, ceci de façon à rejoindre tous les acteurs concernés. La production de documents écrits exige par ailleurs que les milieux disposent de compétences particulières pour les aider dans leur élaboration, notamment en ce qui concerne le contenu et la façon de présenter l'information. Dans la mesure où cela est jugé pertinent,

l'information sur la démarche qualité devrait aussi s'adresser aux usagers et à leurs aidants. À l'étape d'implantation, surtout lorsque des changements dans les modalités de pratique sont expérimentés auprès d'un petit groupe d'intervenants, ces intervenants peuvent jouer un rôle de facilitation très important en communiquant leur expérience à leurs pairs.

**Enseignement 8 : *L'utilisation à chacune des étapes d'outils d'amélioration de la qualité doit se faire avec discernement de façon à ne pas trop alourdir le travail des cercles ou à rendre les échanges plutôt rigides***

L'utilisation dans différents milieux d'une diversité d'outils qualité aura démontré que leur usage ne doit pas être envisagé avec rigidité. Cette stratégie apparaît comme un moyen efficace pour mieux faire correspondre la démarche avec les problèmes à corriger ou les caractéristiques des milieux où elle est implantée, et parfois alléger le volume de travail à accomplir par les participants. Elle contribue aussi à dynamiser la conduite de réunions et l'animation des cercles de qualité, où un équilibre doit généralement être cherché entre les discussions ouvertes et celles qui sont encadrés par un outil qualité particulier.

**Enseignement 9 : *Une planification rigoureuse des actions à entreprendre au cours de la phase d'implantation des solutions est souvent une variable décisive de son succès***

Même lorsque l'adhésion des intervenants au projet semble forte, l'adoption de nouvelles façons de faire peut entraîner des modifications dans la pratique professionnelle dont les implications sont difficiles à anticiper, ou occasionner des résistances chez certains d'entre eux. Il n'empêche qu'une fois les solutions à un problème identifiées, la tentation est souvent forte de chercher à les mettre rapidement en application, cela d'autant plus que le travail précédant cette étape a pu être long et laborieux. Des pressions peuvent s'exercer au sein du cercle de qualité pour que la préparation de l'implantation soit accélérée et raccourcie, sans en évaluer les dangers pour le projet que cela comporte. Une planification de cette étape doit permettre de préciser les actions à entreprendre, de bien définir les responsabilités et les modalités du suivi sur le terrain, de définir des indicateurs et d'anticiper les obstacles susceptibles d'y apparaître en cours de route ainsi que les moyens pour les contourner.

**Enseignement 10 : *L'implantation de mesures d'amélioration peut souvent être faite d'emblée à toute l'organisation, sauf celles touchant aux méthodes ou à l'organisation du travail des intervenants qui exigent le plus souvent des essais auprès d'un petit groupe d'intervenants et d'usagers***

La démarche développée s'inscrit dans une stratégie des petits pas dont l'effet cumulatif se traduit par une amélioration de la qualité des services. Cette stratégie exige d'agir avec prudence,

du moins lorsque les changements envisagés touchent aux modalités de travail des intervenants. Des essais ou des tests constituent donc une phase du projet qui, tout en élargissant sa durée, permettent de maximiser les résultats.

**Enseignement 11 : *L'évaluation objective de l'impact des améliorations sur la qualité des services ne peut se faire que dans la mesure où des indicateurs sont utilisés pour suivre leur implantation dans le temps***

La pertinence des indicateurs pour la démarche ne semble pas toujours être pleinement comprise par les milieux, qui assimilent parfois les indicateurs à des activités de recherche universitaire. La définition et la mesure des indicateurs demandent par ailleurs un savoir-faire, à développer chez plusieurs organismes du secteur des soins à domicile. Les indicateurs peuvent être associés à l'objectif d'ensemble de l'amélioration ou aux différents outils et moyens particuliers qui seront mis en place.

**Enseignement 12 : *La réalisation d'un projet, de l'identification du problème jusqu'à l'implantation des correctifs, gagne en efficacité lorsque l'accomplissement des étapes est rapproché dans le temps***

Dans la mesure où cela est possible pour l'organisme, des rencontres des cercles de qualité plus rapprochées dans le temps ou d'une durée plus longue permettent souvent d'accomplir les activités de façon plus fluide et efficace. Des sessions intensives peuvent être envisagées en vue de l'accomplissement rapide de certaines phases de la démarche. Des interruptions dues aux périodes de congé doivent être évitées autant que possible car elles peuvent exiger une révision approfondie du travail accompli, amenant parfois à un re-questionnement des décisions déjà prises au sein du cercle de qualité.

**Enseignement 13 : *Un organisme pourra réaliser la démarche de façon assez autonome, mais l'appel à une expertise externe (consultant ou autre milieu ayant les compétences requises) peut s'avérer nécessaire pour l'accompagner lors d'un premier projet***

Quoique la démarche ait été conçue de façon à rendre les organismes participants aussi autonomes que possible, certaines activités, notamment la formation des intervenants aux outils qualité ou la réalisation de certaines activités de dépistage, peuvent demander la participation d'une personne ressource. Cette personne pourra soutenir l'organisme surtout dans la réalisation d'un premier projet. Le recours à un manuel, présentant une analyse détaillée des étapes à franchir et des outils à utiliser, et comportant des exemples concrets d'activités et de documents à compléter dans le cadre de la démarche, constitue un soutien complémentaire, facilitant l'autonomie des milieux intéressés. (Ce manuel est en cours de développement)

**Enseignement 14 : *L'existence de ressources financières pour soutenir les partenaires (organisme communautaire, agence privée, entreprise d'économie sociale) est un incitatif de leur volonté à s'engager dans la démarche***

Le soutien financier apparaît important surtout pour les organismes disposant de peu de ressources, jusqu'à ce que la démarche soit relativement bien ancrée dans leur milieu. En absence de programmes précis susceptibles d'appuyer ce genre de démarche, le financement pourrait provenir des budgets des établissements publics ou des initiatives prises par une instance régionale. Les possibilités à ce sujet varient d'une province à l'autre.

**Enseignement 15 : *La démarche proposée est complémentaire à d'autres approches de la qualité; son implantation doit donc en tenir compte et s'articuler autant que possible à ces dernières***

Le processus d'agrément des organismes, obligatoire au Québec pour les établissements de santé, est clairement complémentaire et peut s'appuyer sur la démarche ici proposée dans la mesure où il demande la définition d'un plan d'action visant à corriger des problèmes de qualité. La mise sur pied de cercles de qualité peut par ailleurs constituer la première étape sur laquelle pourra plus tard s'appuyer l'agrément. D'autres activités liées à la qualité, telles la gestion des risques, la définition de normes de qualité, l'évaluation des pratiques professionnelles ou la réingénierie des processus, comportent aussi des recouvrements et peuvent bénéficier de cette démarche. Une approche intégrée de la qualité, toutefois, exige pour l'organisme une planification stratégique des activités et des démarches de façon à assurer une complémentarité réelle entre elles.

**Enseignement 16 : *Le déploiement de la démarche s'accompagne souvent de résultats positifs inattendus qu'il est important de promouvoir en vue de favoriser sa pérennisation dans les milieux***

Dans plusieurs des milieux où la démarche a été implantée, celle-ci aura induit des changements inattendus, mais très valorisés par les participants, entre autres, l'émergence d'un climat organisationnel favorable à l'égard de la qualité, le sentiment chez les intervenants d'être consultés et de participer réellement à la gestion de l'organisme, le développement d'approches davantage centrées sur l'utilisateur, etc. À certains endroits, la démarche aura constitué le socle initial sur lequel une structure axée sur la qualité pour l'ensemble de l'établissement a été bâtie. Ces effets inattendus, parfois difficiles à mesurer, constituent un levier important favorable à la pérennisation de la démarche.

## APPROCHE

L'objectif général du programme de recherche était d'élaborer, d'implanter et d'évaluer une démarche d'amélioration continue de la qualité, adaptée au secteur des soins à domicile et à la population âgée desservie. Le programme comportait quatre projets (P1, P2, P3 et P4), reliés entre eux et menés de façon séquentielle sur trois territoires de CLSC (sites) différents. Le projet P1 visait le développement d'une méthode pour (1) dépister des problèmes de qualité des services prodigués par les organismes participant à l'étude, (2) analyser leurs causes et (3) rechercher des solutions pour les corriger. Les projets P2 et P3, comportaient les mêmes activités que celles réalisées en P1 et visaient, respectivement, à tester et à ajuster la démarche auprès des organismes du site 2, et à aider les organismes du site 3 à réaliser la démarche avec le plus d'autonomie possible. Enfin, le projet P4 avait pour objet de développer des outils en vue de faciliter l'implantation des améliorations conçues aux étapes précédentes du programme. La démarche a été amorcée au site 1 en novembre 2001, alors qu'elle a débuté au printemps 2003 au site 2 et à l'automne 2003 pour le site 3.

Compte tenu de l'organisation qui caractérise la prestation des services de soutien à domicile au Québec, cinq catégories d'organismes ont été ciblées pour participer au programme à titre de partenaires : CLSC, centre de jour, entreprises d'économie sociale en aide à domicile (EESAD), organismes communautaires et agences privées. Des instances inter-organismes, impliquées dans les réseaux ou dans le continuum de services offerts aux aînés sur une base territoriale, ont aussi été ciblées et ont participé aux sites 2 et 3. Le recrutement des organismes a consisté d'abord à approcher des CLSC intéressés à être associés à la recherche, puis, une fois leur participation assurée, à identifier conjointement dans leur territoire les partenaires du soutien à domicile susceptibles de s'engager dans la démarche. Trois CLSC ont été approchés et ont accepté d'emblée de participer à la recherche, mais un a dû être remplacé en raison de changements organisationnels importants. Deux des CLSC avaient par ailleurs des expériences antérieures de collaboration avec des membres de l'équipe de recherche, ce qui aura facilité leur recrutement. Seulement une instance inter-organisme, recrutée au site 1, s'est retirée du programme en raison de son abolition par les autorités régionales. Pour les milieux disposant de peu de ressources (EESAD, agences privées et organismes communautaires), une compensation financière du temps alloué au projet par les intervenants ou les responsables a été offerte. Cet apport financier a constitué un facteur important de réussite, tant pour leur recrutement que pour la réalisation des activités liées à la démarche. La figure 1, en annexe, présente un détail des milieux (n=14) ayant participé dans les trois sites et des objectifs particuliers poursuivis à chacun d'entre eux.

Les mêmes moyens ont été envisagés à chaque site pour gérer et encadrer la démarche au niveau territorial, soit la création d'un comité de pilotage et la désignation d'un responsable local de recherche. Les comités de pilotage, en particulier, ont été composés, d'une part, des responsables de la planification, de l'organisation ou de la dispensation des services des organismes de chaque territoire, et, d'autre part, du responsable local et des membres de l'équipe recherche. Ces comités ont occupé une fonction charnière dans l'implantation de la démarche et son adaptation aux réalités particulières de chaque milieu. Ils ont aussi favorisé la synergie et la collaboration entre les membres de l'équipe de recherche et les partenaires. Plusieurs cadres se sont par ailleurs joints à l'équipe de recherche à titre de co-chercheurs, contribuant au renforcement des liens et à l'intensification des échanges (voir Mandats et rôles du comité de pilotage - Annexe).

Le dépistage des problèmes de qualité (première phase des projets P1, P2 et P3), cherchait à identifier les dysfonctionnements les plus courants et les plus importants de la prestation des services chez chaque prestataire et par rapport au cheminement des clientèles entre le CLSC et ses partenaires (hôpital, CHSLD, centre de réadaptation, etc.) et ce, en tenant compte de l'opinion des intervenants, des usagers et de leurs proches-aidants. Ce dépistage s'est appuyé sur une série de logigrammes (ou diagrammes de flux) décrivant la trajectoire de soins et de services offerts aux aînés confinés à domicile. Des groupes nominaux (GN) ont été organisés pour dépister les problèmes de qualité auprès des intervenants des différents milieux (voir description - Annexe). Le recrutement des membres s'est fait par l'entremise de la direction des organismes partenaires de la recherche et des responsables locaux, qui ont fait appel à la participation de volontaires. Le nombre de participants aux GN a varié d'un organisme à l'autre en fonction du type de services offerts, de leur complexité organisationnelle et des catégories de personnel concerné (Tableau 1 - Annexe). Au total, 99 membres du personnel cadre, clinique et de soutien, et bénévoles, ont participé aux GN dans les organismes des trois sites.

Afin de connaître le point de vue de la clientèle des services de soutien à domicile, une série d'entrevues semi-directives a été réalisée dans les trois sites auprès d'un échantillon de 108 personnes âgées recevant des services à domicile du CLSC et de ses partenaires (Tableau 2 - Annexe). La constitution de l'échantillon s'est faite, suivant un procédé par choix raisonné, sur la base de listes d'usagers âgés produites par les CLSC et leurs partenaires du soutien à domicile. Trois critères ont été retenus en vue du recrutement des répondants âgés : (1) leur profil de santé, (2) le fait d'être desservi par le CLSC et au moins l'un de ses partenaires participant à l'étude et (3) le fait de recevoir des services depuis au moins six mois. La taille des échantillons a été définie en fonction d'une méthode de saturation de l'information.

Treize proches-aidants ont aussi été interviewés au site 1, notamment à titre d'intermédiaire (*proxy*) pour les personnes âgées non lucides et pour celles ayant des difficultés de communication. Enfin, des groupes de discussion (*focus groups*) ont été réalisés avec 12 aidants (6 pour chacun des sites 2 et 3). Les activités de recherche étant modifiées et adaptées en fonction des difficultés rencontrées au site 1, le *focus group* a été envisagé pour les aidants afin de réduire la lourdeur des activités de dépistage. L'échantillon de proches-aidants a été constitué en communiquant avec les aidants des personnes âgées rencontrées en entrevue ou, dans un site, en sollicitant en plus la participation de proches non apparentés à celles-ci (Tableau 2). Trois critères ont été utilisés en vue de leur recrutement : (1) se reconnaître comme aidant, (2) être l'aidant principal de la personne âgée et (3) s'occuper d'une personne âgée répondant aux critères mentionnés ci-dessus. Les détails quant aux outils, à la réalisation et à l'analyse des entrevues et des *focus groups* sont présentés en annexe.

Le dernier moyen envisagé pour dépister les problèmes de qualité a consisté à faire une analyse systématique des dossiers cliniques tenus au CLSC. Cette analyse a été envisagée pour repérer des problèmes reliés notamment aux conditions d'accès aux services, à la satisfaction des besoins de l'utilisateur, à l'interaction entre l'utilisateur et différentes catégories d'intervenants, et autre. Au site 1, le dépouillement des dossiers a été fait à l'aide d'une grille de collecte de données, en prenant comme échantillon les dossiers de l'ensemble des personnes âgées rencontrées en entrevue. Dans l'ensemble, vingt dossiers cliniques ont été analysés. Le constat du peu de données recueillies à l'aide de cet outil, cependant, nous aura amené à suspendre son utilisation pour les autres sites.

Une diversité de problèmes en lien avec la qualité des services a été dépistée dans chacun des milieux, incluant les instances inter-organismes. Globalement, les principales zones de problèmes touchent le manque d'information, l'accessibilité et la continuité des services ainsi que le manque de ressources. Une fois le dépistage complété, la triangulation des informations, qui visait à mettre en commun les données recueillies auprès des intervenants, des personnes âgées et des aidants, a fait ressortir les convergences et les divergences de points de vue. Elle aura par ailleurs permis de cibler les domaines ou problèmes de la prestation des services à domicile où il serait prioritaire de travailler dans chaque milieu. Les informations dégagées aux sites 2 et 3 ont été analysées à la lumière des principales dimensions de la qualité correspondantes<sup>(14)</sup> que ce soit en termes d'accès, de continuité d'information et d'approche, d'efficacité, de soins centrés sur la personne ou de sécurité. Globalement, les principales zones de problèmes dégagés ont touché à la continuité informationnelle et d'approche ainsi qu'à l'efficacité et l'accessibilité des services.

La première phase des projets P1, P2 et P3 complétée, la réalisation de la deuxième phase consistait d'abord à mettre sur pied dans tous les milieux participant au programme de cercles de qualité (CQ) (voir description - Annexe). Le but des cercles était double : identifier les causes des dysfonctionnements ou problèmes de qualité dépistés dans la première phase, et déterminer des correctifs particuliers pour chacun d'entre eux. Les CQ devaient aussi guider l'implantation des améliorations de qualité, correspondant au projet P4 du programme de recherche.

Dans tous les organismes participant à la démarche, la création des CQ a été accomplie à l'aide de trois actions : l'information et la sensibilisation des intervenants, leur recrutement et leur formation. Les membres des CQ ont été recrutés sur une base volontaire, en ciblant d'abord et avant tout les intervenants ayant participé aux GN. La taille et la composition des cercles ont été décidées en fonction de la complexité des services et des ressources que chaque milieu était en mesure de mobiliser. Dans le cas des instances inter-organismes, c'est l'ensemble des membres de ces instances qui ont été intégrés au cercle. La taille moyenne des CQ, tous milieux confondus, se situe entre 7 et 8 membres (Tableau 3). Des dispositions ont par ailleurs été prises chez les organismes, soit pour libérer les intervenants participant aux CQ, soit pour les compenser financièrement de leur temps. Enfin, l'ensemble des membres des CQ ont assisté à une formation organisée par l'équipe de recherche, dans le but de les familiariser avec le fonctionnement des CQ, les dynamiques de groupe et les outils les plus courants de l'amélioration continue de la qualité.

Le calendrier ainsi que le contenu des rencontres des CQ ont été définis par les membres de l'équipe de recherche en collaboration avec les comités de pilotage et la direction des organismes associés à la démarche. Le contenu précis des rencontres a varié d'un organisme à l'autre en fonction des problèmes traités et de la plus ou moins grande facilité avec laquelle les membres du CQ pouvaient accomplir les activités prévues pour la séance. En règle générale, les activités des CQ ont été planifiées de façon à traiter un problème de qualité à la fois, de la recherche de ses causes jusqu'à l'identification de solutions concrètes; la séquence habituelle des activités étant la suivante : (1) choix et clarification du problème, (2) recherche des causes du problème, (3) regroupement et analyse des causes du problème, et (4) recherche de solutions.

Une série d'outils différents ont par ailleurs été employés dans les séances des CQ (Tableau 4). Ces outils, dont l'usage est très répandu dans les démarches d'amélioration continue de la qualité, nous auront aidés à mieux structurer l'animation des rencontres et à réaliser le travail prévu pour chaque séance. Plus précisément, les outils ont contribué à générer des idées au sein du CQ, à prendre en compte les avis de tous les membres pour établir un consensus, à

hiérarchiser les points de vue des membres ou les questions à traiter, à mieux identifier les causes d'un problème, à centrer les efforts sur l'essentiel, à mieux visualiser les données, etc.

Enfin, l'implantation des solutions, réalisée dans le cadre du projet P4, a comporté quatre étapes, consistant à : (1) préciser les démarches à expérimenter et à implanter, (2) définir des indicateurs de suivi, (3) planifier la mise en œuvre des améliorations ou solutions, et (4) implanter les améliorations de qualité au sein des milieux. À l'exception d'un organisme, ces étapes ont dans une large mesure été assurées par les CQ, en collaboration étroite avec l'équipe de recherche. Dans les sites 2 et 3, des efforts ont été entrepris pour déléguer à des membres du CQ la plupart des activités liées à l'implantation, ceci de façon à augmenter l'autonomie décisionnelle des milieux.

Différents outils ont été envisagés en vue de la réalisation de ce volet de la recherche, mais ont été utilisés de façon variable en fonction de la nature des améliorations à implanter et de la réalité des milieux impliqués (Tableau 4 - Annexe). Des indicateurs ont été élaborés pour permettre d'objectiver l'efficacité des améliorations mises en œuvre et d'assurer leur suivi. Ces indicateurs ont été associés, soit à chacune des améliorations, soit aux actions particulières qui les caractérisent. Lorsque la définition ou la mesure d'un indicateur ne semblait pas possible, des méthodes qualitatives d'évaluation ont dû être adoptées; parfois les deux méthodes, complémentaires l'une de l'autre, ont été envisagées. Les indicateurs ont été validés auprès des membres des CQ de chaque organisme (*face validity*) afin de (1) s'assurer de la compréhension des indicateurs développés, (2) examiner la faisabilité de la collecte des données et (3) vérifier les investissements requis pour faire un examen suivi. Selon la nature des améliorations implantées, le suivi à l'aide d'indicateurs a été assuré sur une période variant de deux à sept mois.

Presque tous les milieux participant au programme ont réussi à implanter des améliorations relatives à un, et parfois à deux problèmes de qualité; les seules exceptions étant l'instance inter-organismes du site 2, où la démarche a dû être suspendue après le dépistage des problèmes en raison de la réorganisation des services de santé dans la région, et l'instance inter-organismes du site 3, où le processus d'implantation se poursuit encore. Au site 1, l'implantation d'une série d'améliorations devait intervenir dans la deuxième phase du programme; cependant, la subvention du programme de recherche n'ayant pas été reconduite, seulement une partie de celles-ci ont pu être implantées.

En ce qui concerne l'évaluation du programme, celle-ci comportait quatre volets, centrés sur (1) le processus d'implantation et de réalisation de la démarche dans chacun des sites, (2) la capacité des améliorations de qualité à changer les processus de travail et les pratiques des intervenants concernés, (3) l'impact des améliorations promues à l'égard des usagers âgés et de leurs aidants, et (4) le rapport coût/efficacité de la démarche dans chacun des milieux impliqués. Seulement les deux premiers volets d'évaluation ont toutefois pu être réalisés dans le cadre du financement accordé.

L'évaluation de processus a porté sur plusieurs paramètres du programme, notamment :

(1) les conditions d'implantation de la démarche dans chacun des sites, (2) les structures de pilotage et de réalisation du programme, (3) l'utilisation des outils d'amélioration de la qualité dans différents milieux (4) les forces et faiblesses des principales étapes de la démarche, (5) les ressources et moyens nécessaires à la réalisation des activités, (6) la durée de réalisation des activités, et (7) la diffusion de l'information concernant le programme, son état d'avancement et ses résultats<sup>(15, 16)</sup>. Quatre moyens ont permis de recueillir l'information nécessaire à la réalisation de cette évaluation : (1) la collecte systématique de données par les membres de l'équipe de recherche au fur et à mesure que les activités ont été réalisées, (2) l'administration de questionnaires concernant la réalisation de certaines activités, (3) l'organisation de *focus groups* au sein de chaque milieu (incluant le comité de pilotage) afin d'obtenir le point de vue évaluatif des participants et (4) le retour d'information et les échanges avec les responsables des milieux participant à l'étude. Quant au deuxième volet d'évaluation, celui-ci a été réalisé à l'aide des indicateurs qualitatifs et quantitatifs reliés aux améliorations implantées dans chaque milieu.

## RÉSULTATS

### Démarrage de la démarche

Une fois les organismes participant au programme recrutés, le démarrage aura consisté, d'une part, à organiser des séances d'information avec le personnel cadre, clinique et de soutien afin de leur expliquer le déroulement de la démarche et la nature de leur implication et, d'autre part, à mettre sur pied les structures responsables de la gestion et de l'encadrement de la démarche dans chacun des sites. Les résultats quant au déroulement de cette phase de la recherche indiquent que :

- Même si de façon générale c'est l'équipe de recherche qui aura présenté la démarche aux milieux, à différentes reprises le CLSC s'est chargé, de façon assez autonome, d'identifier les organismes de son territoire et de leur exposer la recherche à partir d'un résumé vulgarisé.

- La participation volontaire des organismes demeure un atout important de la démarche. De plus, dans la mesure où le CLSC se présente comme étant partie prenante, au même titre que les partenaires, et entreprend lui aussi la démarche de qualité, ceci constitue un élément de motivation supplémentaire pour l'adhésion à la démarche des autres organismes du territoire.
- En ce qui concerne les instances inter-organismes, la démarche leur aura été présentée de la même manière que dans les autres milieux; le rôle du responsable de la promotion de la démarche au sein de l'instance (responsable du groupe ou du comité) et sa capacité à influencer leur participation ont toutefois été reconnus importants.
- La plupart des organismes ont validé l'utilité des activités visant à présenter la démarche, mais ils auraient souhaité avoir de l'information plus détaillée sur l'ampleur des activités et sur l'investissement requis (ressources humaines, temps, etc.). Pour certains, le vocabulaire employé a paru hermétique et pas toujours facile à comprendre, autant au moment de l'introduction de la recherche que lors des étapes particulières de la démarche.
- Comparativement au site 1, les comités de pilotage et les responsables locaux des deux autres sites se sont vus attribuer des responsabilités élargies à l'échelle du territoire. Pour les responsables locaux, ces responsabilités se sont traduites notamment par leur participation aux différentes activités de la démarche au sein de chacun des milieux impliqués du territoire. Ces structures ont grandement facilité une approche territoriale de la qualité.
- Le leadership des responsables locaux a joué de façon positive tant au démarrage que lors du déroulement de la démarche. Dans tous les cas, ceux-ci ont combiné leurs responsabilités cliniques à celles liées à la démarche de qualité (intervenant social aux sites 1 et 3 et inhalothérapeute au site 2). Le fait de cumuler ces fonctions a constitué un avantage pour le déroulement de la démarche, résultat de leur expertise de la réalité du terrain, mais aussi un inconvénient dans la mesure où cela a contribué à limiter leur disponibilité. Il était prévu que le responsable local consacre un minimum d'une journée par semaine pour la phase de dépistage, et deux jours par semaine pour l'étape de la résolution de problèmes; leur pleine libération, cependant, a généralement été difficile à assurer par les CLSC.
- D'une façon générale, et malgré l'implication plus grande que prévue de l'équipe de recherche aux sites 2 et 3, l'expérience du programme de recherche a mis en évidence que

les CLSC (ou l'instance locale) peuvent assurer de manière assez autonome la promotion, la planification et le pilotage d'une telle démarche auprès de leurs partenaires du soutien à domicile, incluant les regroupements inter-organismes.

### **Dépistage des problèmes de qualité**

Des efforts ont été déployés d'un site à l'autre en vue de réduire le volume des activités, de simplifier l'analyse des données ou de systématiser la synthèse des résultats. Il reste que le temps et les ressources requises pour faire un balayage aussi large de domaines de la prestation des services et impliquant autant d'acteurs sont très importants. Des investissements significatifs à cette étape de la démarche, dont les retombées sont souvent difficiles à évaluer par les intervenants, sont à considérer si l'on veut favoriser l'adhésion et la mobilisation des milieux.

- L'ensemble de moyens utilisés pour la phase de dépistage se sont appuyés sur des *logigrammes*, adaptés à la trajectoire de services de chacun des milieux. Ces logigrammes ont été jugés très utiles par les milieux, mais demandent à être simplifiés pour alléger le dépistage.
- En ce qui concerne les *groupes nominaux* (GN), ceux-ci se sont bien déroulés, ayant permis de dégager de l'information riche et pertinente quant aux problèmes de qualité. Ils ont été réalisés en l'absence ou en présence de gestionnaires; mais leur participation n'apparaît pas problématique pour les intervenants, pouvant dans certains cas constituer un atout. L'identification sur une base volontaire ou non des intervenants n'a pas affecté le déroulement des GN non plus. L'approche participative des GN a généralement été bien accueillie par les milieux, même lorsqu'on constate qu'à certains endroits le temps alloué pour discuter des énoncés proposés quant aux forces et aux faiblesses de la prestation des services est plutôt limité.
- En dépit de ces résultats, au CLSC en particulier, la taille des GN, le nombre d'étapes abordées et l'abondance de problèmes dégagés par étape constituent des facteurs ayant contribué à rendre le dépistage plutôt laborieux. Des ajustements entre les sites 1 et 3 ont été faits en vue d'alléger leur réalisation, notamment en diminuant le nombre de dysfonctionnements à dépister par étape. Le nombre de problèmes identifiés demeure cependant très élevé, ceci d'autant plus que les cercles de qualité mis sur pied plus tard dans la démarche, ne peuvent aborder qu'un nombre restreint de problèmes sur une période donnée de temps. Bref, cette phase est apparue longue pour plusieurs participants. De plus, tous les participants aux GN ne se sont pas sentis impliqués aux

mêmes étapes des logigrammes et ont questionné leur capacité à dépister adéquatement les problèmes de qualité.

- Quant aux *entrevues individuelles*, celles-ci auront permis de recueillir de l'information auprès de trente à quarante personnes âgées dans chacun des sites. Cependant, plus que pour les autres moyens de dépistage, l'effort consenti est apparu significatif, compte tenu que les aînés se prononcent principalement sur l'étape de réalisation des services. De même, le recrutement des personnes âgées ciblées a été particulièrement laborieux en raison de la non compatibilité des systèmes d'information sur la clientèle des organismes qui rend difficile le croisement des listes d'utilisateurs. L'analyse de contenu des entrevues s'est aussi avérée longue et difficile, exigeant une expertise particulière pour ce genre d'exercice.
- Des *focus groups* ont été expérimentés aux sites 2 et 3 afin de recueillir le point de vue des proches aidants, et se sont révélés un moyen efficace et jugé plus efficient pour obtenir l'information sur les problèmes de qualité. De plus, cette modalité a été appréciée des proches aidants eux-mêmes.
- Enfin, la *triangulation* des sources d'information pour identifier les problèmes de qualité a été très difficile à réaliser en raison du très grand nombre de problèmes identifiés et de leur diversité. Le peu de problèmes identifiés par les aînés et les proches aidants fait en sorte que les problèmes mis en évidence par la triangulation concernent davantage ceux exprimés par les intervenants.

### **Analyse des problèmes de qualité et recherche de solutions**

La réalisation de cette phase de la démarche a été assurée par les *cercles de qualité* (CQ), mis sur pied dans l'ensemble des milieux. Les résultats qui découlent de cette phase montrent que :

- Dans tous les sites, la constitution des cercles aura permis de regrouper une diversité d'intervenants provenant de disciplines différentes et qui assurent des rôles variés pour la planification et la prestation des services de soutien à domicile de leur territoire. Certains cercles ont aussi été constitués à partir de comités déjà existants au sein des milieux.
- La constitution des CQ s'est réalisée sans difficulté majeure dans la plupart des milieux, sauf pour un des organismes communautaires où le recrutement de bénévoles aura demandé des efforts particuliers. Un élément favorable pour la création des CQ a été

de privilégier des personnes déjà impliquées dans la phase de dépistage des problèmes. Même si la diversité des participants est un élément important, on note que le déroulement des étapes de la démarche a été plus long dans les CLSC, là où la taille des CQ était plus grande (Tableau 3).

- Des séances de formation offertes par l'équipe de recherche ont précédé la mise en place des cercles de qualité et représentent une condition essentielle telle qu'exprimée par les comités de pilotage et les milieux. Les retombées positives de la formation sont cependant à pondérer avec l'investissement en temps et en rencontres qu'elle demande. L'appropriation des outils s'est faite surtout par des formations précises données lors des rencontres des CQ au moment où les activités nécessitaient leur utilisation. Dans l'ensemble, la formation et l'appropriation par les responsables locaux et les animateurs des CQ représentent des conditions de succès pour la démarche.
- Dans la plupart des organismes, le personnel de direction a assumé l'animation des cercles de qualité, avec le soutien d'un facilitateur et du responsable local. Les rôles attendus pour l'animateur et le facilitateur ont demandé des habiletés d'animation, une bonne connaissance du processus (contenu, procédure, manière de faire) ainsi qu'un leadership reconnu au sein de leur milieu.
- Le nombre de rencontres du CQ et le temps nécessaire à l'accomplissement des activités propres à cette étape ont varié selon les milieux et selon qu'il s'agisse d'un premier ou deuxième problème. Ainsi par exemple, tandis qu'au CLSC, l'analyse d'un problème et la recherche de solutions aura nécessité entre 5 et 7 rencontres, soit entre 15 et 18.5 heures de travail, chez les autres organismes, le nombre de rencontres a été plus réduit, variant entre 2 et 4, soit un investissement d'entre 4,9 heures et 12 heures. On note que plus les problèmes étaient complexes, plus l'investissement en temps et les efforts d'analyse ont été importants. D'autres facteurs comme le nombre de participants aux CQ, le style d'animation, la dynamique de groupe, la quantité de travail réalisée en dehors des réunions, la nature des solutions envisagées, ainsi que les délais entre les rencontres, semblent influencer le nombre de rencontres et le temps requis. (Tableau 6 - Annexe).
- On observe aussi que le travail nécessaire à la résolution d'un deuxième problème a généralement été moins long, résultat des connaissances acquises et d'une meilleure maîtrise des outils qualité par les participants; le nombre d'heures requis étant en moyenne inférieur à 27 %. La résolution d'un premier problème a donc été l'occasion

pour les intervenants d'expérimenter la démarche et de mesurer, à l'aide d'un exemple concret, l'efficacité des méthodes proposées.

- Les activités liées à la sélection des problèmes prioritaires et celles relatives au choix et à la clarification du problème ont été jugées laborieuses par plusieurs participants aux CQ, et ont nécessité plus de temps que prévu. La clarification du problème, perçue par certains membres comme étant trop longue, est toutefois jugée essentielle.
- Les problèmes ayant fait l'objet des travaux des CQ ont touché différentes dimensions de la qualité des services, tout particulièrement la continuité informationnelle (par exemple : *le manque d'information et de connaissances des intervenants concernant les changements des besoins et l'état de santé de l'utilisateur*), l'efficacité (par exemple : *les références entre professionnels ne sont pas toujours faites de façon adéquate, ou le suivi sur la qualité auprès de la clientèle ne se fait pas systématiquement*), et la continuité d'approche et relationnelle (par exemple : *le roulement de personnel (AFS) crée de l'inconfort chez les usagers*). (Tableaux 5 et 6- Annexe)
- Les outils qualité employés dans la démarche ont été bien accueillis et jugés utiles par les participants, ayant fait preuve de leur efficacité. Toutefois, certains outils (la *grille multicritères* pour la sélection des problèmes prioritaires ou le *diagramme de Pareto*) ont été plus difficiles à utiliser par les milieux. De façon générale, les participants soulignent que les outils ont permis d'encadrer le travail des intervenants, d'apporter de la rigueur aux activités et de faciliter la recherche de solutions créatives à une diversité de problèmes.
- Dans les trois sites où la démarche a été expérimentée, des ajustements ont été apportés à certains outils par rapport à leur contenu ou aux modalités d'administration, ce qui semble avoir amélioré le déroulement et la réussite des projets. Un travail parfois significatif, cependant, a dû être accompli entre les rencontres par l'équipe de recherche, les responsables locaux et les animateurs des CQ en vue de l'adaptation des outils et de la démarche.
- En lien avec les problèmes retenus et l'analyse de leurs causes, les CQ implantés dans chaque milieu ont travaillé, à l'aide du remue-méninges, à l'identification de solutions susceptibles de les corriger. Cette étape est considérée comme très importante par les participants aux CQ car elle s'avère très « mobilisatrice » pour les milieux et nécessite des efforts pour la synthèse et l'organisation de l'information.

- Une gamme assez variée de solutions ont été identifiées et mises en œuvre dans tous les milieux. Ces améliorations ont porté sur l'élaboration de règles et procédures, la définition d'un nouvel outil clinique, la mise sur pied d'activités de formation, l'adoption de changements organisationnels, ou autre. Un même problème a souvent comporté plusieurs actions ou volets d'amélioration, dont l'effet cumulatif était sensé le corriger (Tableaux 7 et 8 - Annexe).
- Dans les sites 2 et 3, la participation du responsable local à l'ensemble des activités assurées par les cercles de qualité dans chaque milieu a été bien perçue et acceptée. Son implication auprès des organismes du territoire a toutefois exigé une présence régulière et un investissement en temps souvent considérable.

### **Implantation et évaluation des solutions**

Comme pour l'étape précédente, dans tous les milieux cette phase de la démarche a aussi été dirigée par les cercles de qualité, dont la composition chez certains organismes a été adaptée de façon à impliquer d'autres intervenants plus directement concernés par l'implantation des solutions. Les résultats observés se résument comme suit :

- Il s'agit d'une étape importante qui risque d'être escamotée sous l'impulsion d'aller rapidement à l'action sans que des précisions ne soient apportées au contenu des solutions à planter et sans considérer les conditions requises pour leur mise en œuvre. L'utilisation d'un document de support qui aide les CQ à identifier les activités liées à l'implantation, semble un facteur facilitant, en particulier pour les solutions qui comportent divers volets ou composantes.
- L'implantation des améliorations auprès de l'ensemble des intervenants d'une équipe, d'un programme ou de la clientèle concernée a souvent été complétée sans inconvénient majeur. La pertinence et l'importance de faire des essais progressifs avant la mise en œuvre des solutions varient selon la nature des problèmes en cause et surtout des solutions privilégiées. Certaines solutions relativement simples et qui n'influencent pas les aspects organisationnels ne requièrent pas d'essais préalables. Toutefois, d'autres solutions ont dû être mises en œuvre par étapes et suite à des essais, vu les changements qu'elles amenaient dans la pratique des intervenants. Les essais réalisés auront permis de vérifier les difficultés qui résultent de l'application de ces solutions et, ce faisant, d'en identifier les correctifs qui s'imposent. L'implantation progressive des améliorations a aussi contribué à contrer la résistance initiale de certains intervenants face aux changements proposés.

- La pertinence d'évaluer et de mesurer le succès des solutions implantées ne fait pas de doute aux yeux des membres des CQ. Cependant, les milieux eux-mêmes émettent des réserves quant à leur capacité à développer et parfois à suivre des indicateurs sans le soutien de l'équipe de recherche.
- La majorité des organismes ont réussi à compléter toutes les étapes de la démarche, en implantant les solutions identifiées pour corriger plusieurs problèmes. Dans les milieux plus petits, comme les EESAD et les organismes communautaires, le travail sur un deuxième et troisième problème a pu être réalisé par les cercles avec une plus grande autonomie, telle que visée par la démarche.
- En lien avec les problèmes et solutions abordés par les CQ, plusieurs constats touchant aux dynamiques interprofessionnelles et inter-organisationnelles sont à signaler. La démarche aura favorisé l'adhésion de groupes variés de participants (intervenants, préposés, gestionnaires, etc.), qui ont reconnu l'importance de s'attaquer de façon systématique à la qualité des services offerts à la clientèle âgée. Plusieurs participants soulignent aussi les retombées positives de la démarche sur la dynamique et les relations interprofessionnelles au sein de leur milieu et, surtout, entre les divers organismes impliqués de leur territoire. La plupart des solutions implantées dans les milieux auront par ailleurs permis d'améliorer la qualité des services, notamment en ce qui a trait à la continuité d'approche (par exemple, en systématisant au sein d'un CLSC l'intervention interdisciplinaire auprès des certaines clientèles), à la continuité relationnelle (par exemple, en établissant des petites équipes d'intervenants impliquées auprès d'un même groupe d'utilisateurs) ou à la continuité de l'information (par exemple, en définissant des outils qui favorisent une meilleure compréhension par la clientèle des services offerts).
- Il reste que la réalisation de cette phase d'implantation et d'évaluation des solutions, même si elle est jugée très « mobilisatrice » et stimulante par les milieux, a exigé un soutien important de l'équipe de recherche, en particulier par rapport à l'évaluation de la mise en place des solutions.

### **Diffusion de l'information**

Concernant la diffusion d'information relative à l'état d'avancement de la démarche, divers moyens ont été utilisés dans les trois sites pilotes, que ce soit en vue d'annoncer le lancement d'une étape ou activité particulière ou pour en présenter les résultats. La communication et la diffusion auprès des milieux aura été un instrument privilégié pour tenir les intervenants au

courant de l'état d'avancement des projets, stimuler leur adhésion, préparer des changements ou, parfois, valider des analyses auprès d'un nombre plus large de personnes que les membres des cercles. La transmission régulière et systématique sous forme de communiqués semble avoir été importante et favorable dans un des CLSC participants. D'autres modalités, comme les présentations et suivis lors de rencontres statutaires des intervenants ou dans les milieux, se veulent aussi favorables. Souvent, plus d'un outil de communication aura été utilisé pour renforcer les messages. Ces activités ont été assurées par l'équipe de recherche, surtout lorsque des documents écrits ont été distribués, ou par les gestionnaires et intervenants impliqués dans les projets, les responsables locaux en particulier.

### **Évaluation d'ensemble**

D'une façon générale, la démarche a été implantée aux trois sites dans des milieux ayant une dynamique organisationnelle parfois très différente, et auprès d'instances regroupant plusieurs organismes. Les ressources et moyens à la disposition de ces organismes ne sont pas comparables, ce qui aura demandé des ajustements à la façon dont la démarche a été réalisée. Les contextes particuliers qui caractérisent ces organismes sont aussi des facteurs ayant amené l'équipe de recherche à modifier le type et la nature des outils ou l'ampleur du travail demandé aux cercles de qualité. La nature des problèmes à traiter et les modalités de résolution varient selon qu'il s'agisse d'un organisme prestataire ou d'un regroupement d'organismes sur une base territoriale.

L'implication et le soutien de l'équipe de recherche ont été plus importants que prévu, notamment pour les sites 2 et 3 et pour la plupart des étapes de la démarche. Le faible décalage dans le temps dans le déroulement du projet entre les sites 2 et 3 ainsi que le développement d'outils, de procédures et de mécanismes pour favoriser l'autonomie et le transfert des connaissances dans les milieux expliquent en grande partie la faible différence entre ces deux sites au plan de l'autonomie atteinte. Le soutien de l'équipe de recherche et aussi celui du responsable local ont été essentiels pour les milieux.

Tout en reconnaissant que la démarche a été conçue de façon à rendre les organismes participants aussi autonomes que possible, certaines activités, comme celles de la phase de dépistage, sont apparues très ambitieuses et difficiles à assurer par les milieux. La phase d'implantation et d'évaluation des solutions constitue aussi un défi pour ces milieux quant à leur capacité à la réaliser sans le soutien d'une ressource externe, surtout pour le travail fait lors d'un premier problème de qualité. Une autonomie relativement importante des milieux ne semble possible sans la présence d'un soutien fourni par les responsables locaux ou les responsables de la qualité d'un milieu ou d'un territoire donné. Enfin, la pérennité et l'enracinement d'une telle

démarche dans les milieux repose à la fois sur l'appui ferme des directions concernées, une utilisation systématique et réaliste de la démarche selon les milieux, et la présence de mécanismes de support (tels les comités de pilotage et les responsables locaux) à l'échelle du territoire visé par l'amélioration de la qualité des services de soutien à domicile.

### **RECHERCHE PLUS APPROFONDIE**

Des études ultérieures devraient pouvoir approfondir l'évaluation de la démarche, notamment en ce qui concerne son impact auprès de la clientèle âgée et son coût/efficacité pour les organismes intéressés. Un suivi à moyen et à long terme des milieux où la démarche qualité a été introduite permettrait aussi de mieux apprécier son évolution dans le temps et son enracinement réel au sein des organismes. Enfin, s'appuyant sur l'expérience et les matériaux développés dans ce programme, des recherches sur la capacité des organismes à gérer une telle démarche de façon autonome serviraient sans doute à préciser les dispositions que les autorités publiques devraient adopter en vue de promouvoir et faciliter son instauration dans d'autres territoires et milieux.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Fermon, B., Firbank, O. & Joël M.-E., (2000) *Le maintien à domicile des personnes âgées : quelles stratégies d'amélioration de la qualité des soins et des services?* (Montréal : GRASP, Université de Montréal).
2. Büte, B. & Firbank, O. (2000) *Perceptions et connaissances des intervenants publics et privés face à la qualité des services de maintien à domicile en contexte de sous-traitance : une analyse exploratoire* (Montréal : GRASP, Université de Montréal).
3. Home Care Evaluation and Research Centre (2001) *Research Compendium* (Toronto: Auteur).
4. Alemi, F., Safaie, F.K. & Neuhauser, D. (2001) "A survey of 92 quality improvement projects" *Joint Commission Journal on Quality Improvement*; 27(11):619-32.
5. ANAES (1999) *Évaluation d'un programme d'amélioration de la qualité. Les enseignements de 60 projets dans les établissements de santé français* (Paris : Auteur).
6. Lozeau, D. (2002) "Les chemins tortueux de la gestion de la qualité dans les hôpitaux publics au Québec" *Revue internationale de gestion*, 27 (3), 113-122.
7. Shortell, S. Levin, D. Z., O'Brien, J., & Hughes, E. (1995). "Assessing the Evidence on CQI: Is the Glass Half Empty or Half Full?" *Journal of Hospital and Health Services Administration*, 40(1): 4-24.
8. Wallin, L., Boström, A-M., Harvey, G., Wikblad, K. & Ewald, U. (2002) "Progress of unit based quality improvement: an evaluation of a support strategy" *Quality and Safety in Health Care*; 11:308-314.
9. Iles, V. & Sutherland, K. (2001) *Managing Change in the NHS: Organisational Change. A review for healthcare managers, professionals and researchers*, (London: NHS Service Delivery and Organisation, National R & D Programme).
10. Lemieux-Charles, L., Murray, M., Baker, G.R., Barnsley, J., Tasa, K. & Ibrahim, S.A. (2002) "Effects of quality improvement practices on team effectiveness: a mediational model" *Journal of Organizational Behavior*, 23:533-553.

11. Kilo, C. A (2001) “Framework for collaborative improvement: lessons from the Institute for Healthcare Improvement’s Breakthrough series”. *Quality Management in Health Care*, 6:1-13.
12. Vecchiato, T. (2004) “Care Pathways”, In H. Nies & Ph. C. Berman (ed) *Integrating Services for Older People: A resource book for managers* (Dublin: European Health Management Association).
13. Walshe, K. & Freeman, T. (2002) “Effectiveness of quality improvement: learning from evaluations” *Quality and Safety in Health Care*; 11:85-87.
14. Tourigny, A., Côté L., Kröger, E. et al. (2004) “Cadre de référence pour l’évaluation de la qualité des soins et services aux personnes âgées vulnérables”, In R. Hébert, A. Tourigny & M. Gagnon (ed) *Intégrer les services pour le maintien de l’autonomie des personnes* (Université de Sherbrooke : PRISMA).
15. Linnan, L. & Steckler, A. (2002) *Process Evaluation for Public Health Interventions and Research* (San Francisco, CA: Josey-Bass).
16. Hulscher, M.E., Laurant, M.G. & Grol, R.P. (2002) “Process evaluation on quality improvement interventions”, *Quality and Safety in Health Care*, 12(1):40-46.