

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté de médecine et des sciences de la santé

École de réadaptation

**Élaborer un cadre d'évaluation du programme « grands brûlés »
pour l'Hôpital de réadaptation Villa Medica (HRVM)**

Par Marie-Andrée Couture, 08436944

Essai présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé

En vue de l'obtention du grade de

Maître des Pratiques de la réadaptation (M. Réad.)

Maîtrise en pratiques de réadaptation

Juin 2013

© Marie-Andrée Couture, 2013

SOMMAIRE

Contexte et problématique : L'Hôpital de réadaptation Villa Medica (HRVM) fait partie du Centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves de l'Ouest-du-Québec (CEPVBGOQ) pour le volet réadaptation depuis 2005. Afin d'assumer sa mission, le CEPVBGOQ a comme mandat de dispenser un programme de soins et de services spécialisés et surspécialisés, d'établir une concertation des services et d'assurer une continuité des soins et services, ainsi que de contribuer au développement, à la recherche et à la diffusion des connaissances. Une programmation intégrée du CEPVBGOQ a été écrite en 2009. Dans la pratique, ce document est plutôt méconnu des différents professionnels et est plus ou moins utilisé. Cette programmation ne propose pas d'objectifs mesurables permettant, entre autres, l'évaluation de ses effets. À cela, s'ajoute les commentaires qui émanent du rapport de la visite d'évaluation du CEPVBGOQ (16 juin 2010) notant de la difficulté d'obtenir des données statistiques ainsi que de la démarche d'analyse s'y rattachant. De plus, le groupe conseil a suggéré l'établissement de normes de qualité. C'est face à ces constats qu'est née l'idée de projet visant à mettre en place des conditions favorables à l'évaluation du programme « grands brûlés » (GB) de l'HRVM et à l'élaboration d'un cadre d'évaluation du programme, dans une perspective réaliste et visant l'amélioration de la qualité.

Objectifs : L'objectif principal de ce projet est d'élaborer un cadre d'évaluation du programme GB de l'HRVM. L'atteinte de cet objectif repose sur la réalisation des quatre objectifs spécifiques suivant : 1) identifier, dans la littérature, les principes et les conditions favorables à l'évaluation de programme (objectifs mesurables et définis, définition du programme) pour orienter l'élaboration d'un cadre d'évaluation pertinent; 2) élaborer et valider le modèle logique du programme pour orienter la démarche évaluative; 3) développer un cadre d'évaluation qui prend en compte les conditions et les contraintes du milieu, tout en favorisant l'amélioration continue du programme; 4) présenter un cadre d'évaluation réaliste du programme, conforme à la discipline et adapté aux besoins de l'établissement.

Méthodologie : La démarche de recherche utilisée dans cet essai repose principalement sur la théorie du programme. Des méthodes qualitatives ont été utilisées et des données ont été

collectées par une consultation de la littérature, afin d'identifier les principes et les conditions favorables à l'évaluation de programme (objectif #1). Une recherche documentaire, des entrevues semi structurées (avec l'équipe de recherche et les dirigeants) et un groupe de discussion (avec les intervenants) ont permis d'élaborer et de valider le modèle logique (objectif #2). La consultation de la littérature combinée à la passation d'un questionnaire auto administré et à la consultation des dirigeants a permis de développer un cadre d'évaluation qui prend en compte les conditions et contraintes du milieu (objectif #3) pour s'assurer qu'il soit réaliste (objectif #4).

Résultats : L'essai résume les conditions favorables à l'évaluation de programmes, présente un modèle logique, des tableaux d'objectifs, d'outils et d'indicateurs ainsi qu'un cadre d'évaluation pour évaluer le programme GB de l'HRVM, qui dessert toute la population de l'Ouest-du-Québec. Le cadre planifie les évaluations du fonctionnement (des processus), des extrants, de la satisfaction de la clientèle et des effets.

Discussion : La démarche s'inspire d'autres études et pourrait être facilement reprise pour un autre programme. En effet, des conditions doivent être présentes avant une démarche évaluative. Les limites de l'étude sont principalement liées à la taille et à la sélection de l'échantillon consulté, à un biais de désirabilité sociale et à une difficulté de généralisation des résultats. Quant aux forces, il est retenu du projet : une objectivité, des étapes de consultation à trois niveaux de pallier, des outils de documentation pertinents pour le programme, un cadre d'évaluation réaliste ainsi qu'une démarche en évaluation de programmes généralisable.

Conclusion : Ainsi, avant d'évaluer un programme, des conditions doivent idéalement être présentes afin d'en maximiser la démarche. Il est suggéré d'inclure et de faire participer les personnes qui sont concernées par le programme. Cette façon de procéder permet de mettre tous les éléments ensemble et d'arriver à un modèle logique qui reflète la réalité du terrain. Il est donc d'abord proposé dans cet essai de maximiser ces éléments puis d'élaborer un cadre d'évaluation. Le cadre permet d'orienter la démarche évaluative et de la cadrer dans le temps afin de cibler des objectifs d'évaluation de programme.

Mots clés : cadre d'évaluation, conditions favorables à l'évaluation de programmes, évaluation de programmes, grands brûlés et modèle logique

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	II
TABLE DES MATIÈRES.....	IV
LISTE DES FIGURES.....	VI
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
REMERCIEMENTS.....	VIII
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE 1 : CONTEXTE.....	9
CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE.....	11
CHAPITRE 3 : OBJECTIFS.....	13
3.1 Objectif principal.....	14
3.2 Objectifs spécifiques.....	14
CHAPITRE 4 : CONSULTATION DE LA LITTÉRATURE.....	14
4.1 Conditions favorables à l'évaluation de programmes.....	14
4.2 Modèle logique.....	18
4.3 Cadre d'évaluation.....	20
4.4 Résumé du chapitre.....	26
CHAPITRE 5 : CADRE CONCEPTUEL RELIÉ AU PROGRAMME GB.....	27
5.1 Définition et gravité d'une brûlure grave.....	27
5.2 Problèmes associés aux brûlures.....	28
5.3 Résumé de la problématique.....	32
5.4 Choix du but ultime du programme GB.....	33
CHAPITRE 6 : MÉTHODOLOGIE.....	33
6.1 Approches évaluatives.....	34
6.2 Collecte des données et analyse des données.....	35
6.3 Résumé du chapitre.....	43
CHAPITRE 7 : RÉSULTATS.....	43
7.1 Résultats portant sur la consultation de la littérature scientifique et sur les documents existants du programme GB.....	43
7.2 Résultats portant sur l'entrevue avec l'équipe de recherche.....	44
7.3 Résultats portant sur le groupe de discussion avec les intervenants.....	45
7.4 Résultats de l'étape de passation des questionnaires portant sur l'utilisation et les connaissances en lien avec des outils et instruments de mesure susceptibles d'être utilisés auprès de la clientèle.....	45
7.5 Résultats portant sur l'entrevue avec les dirigeants.....	45

7.6 Résultats portant sur la question suivante : « si vous aviez cinq mesures à prioriser pour l'évaluation des effets, quels indicateurs et quels outils de mesure choisiriez-vous »	48
7.7 Résultats portant sur le cadre d'évaluation du programme GB	48
CHAPITRE 8 : DISCUSSION	62
8.1 Principaux constats du projet	62
8.2 Forces et limites du projet.....	65
8.3 Retombées et suggestions	67
CHAPITRE 9 : CONCLUSION.....	68
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	70

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Composition du CEPVBGOQ et missions associées à chacun des établissements	11
Figure 2: Schéma présentant les conditions favorables à l'évaluation de programmes	17
Figure 3 : Schéma représentant le cycle de vie d'un programme.....	21
Figure 4 : Schéma illustrant la mesure de la satisfaction d'un client selon Gauthier.....	23
Figure 5 : Les variables et le modèle conceptuel de l'Outil québécois de mesure.....	24
Figure 6 : Séquence des objectifs du programme GB	44
Figure 7 : Séquence d'évaluation du programme GB proposée incluant les quatre types d'évaluation retenus.....	59
Figure 8 : Schéma présentant les conditions favorables à l'évaluation de programmes	64

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Collecte de données pour les étapes de consultation pour validation (sur trois pages).....	37
Tableau 3 : Matrice de questions pour l'évaluation des processus ou du fonctionnement (tableau sur trois pages).....	51
Tableau 4 : Matrice de questions pour l'évaluation des extrants	54
Tableau 5 : Matrice de questions pour l'évaluation de la satisfaction de la clientèle	55
Tableau 6 : Matrice de questions pour l'évaluation des effets	56
Tableau 7 : Aspects éthiques à considérer lors de l'évaluation de programmes	57
Tableau 8 : Estimation des ressources pour l'évaluation du processus (Phase 1).....	59
Tableau 9 : Estimation des ressources pour l'évaluation des extrants	60
Tableau 10 : Estimation des ressources pour l'évaluation du processus (Phase 2) (sur deux pages).....	60
Tableau 11 : Estimation des ressources pour l'évaluation de la satisfaction de la clientèle	61
Tableau 12 : Estimation des ressources pour l'évaluation des effets	62

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, merci à Marie-José Durand, professeur titulaire au programme de Maîtrise des Pratiques de la réadaptation, son expérience et sa rigueur ont fait en sorte de bien orienter ce projet.

Merci à Guylaine Doré, enseignante au programme de Maîtrise des Pratiques de la réadaptation et conseillère en évaluation de programmes, qui a agi à titre de mentor dans cet essai. Son regard neutre, son écoute, son empathie et ses encouragements ont grandement contribué à l'aboutissement de ce projet.

Merci à Chantal Sylvain, professeur au programme de Maîtrise des Pratiques de la réadaptation qui a orienté ce projet. Ses encouragements ont été un soutien important.

Merci à Dr Bernadette Nedelec, PhD BSc OT(c) erg. et Directrice du programme d'ergothérapie et de physiothérapie à l'Université McGill ainsi qu'Ana de Oliveira, agente de recherche, qui ont collaboré dans ce projet. Votre expertise dans le domaine a enrichi ce projet.

Merci également à mes collègues de l'Hôpital de réadaptation Villa Medica qui ont participé à cette démarche. Votre enthousiasme à participer à ce projet a été grandement apprécié. Votre vision et votre passion pour ce programme ont été des éléments d'encouragements pour l'accomplissement de ce travail.

Merci à l'équipe de direction de l'Hôpital de réadaptation Villa Medica composée de Madame Mélissa Delanay, coordonnatrice du programme « grands brûlés », Madame Louise Hébert, chef des services d'ergothérapie et de physiothérapie, Monsieur Gaétan Coulombe directeur des programmes et des services de réadaptation et Madame Hazel Lefebvre, directrice de la qualité, de la performance et de l'innovation pour votre soutien et votre confiance dans ce projet.

Merci également aux étudiants du RÉA-106, qui ont accordé un soutien moral et des échanges constructifs.

Enfin, un grand merci à tous mes proches pour leur amour, leur temps et leur compréhension. Une petite mention spéciale à Mathilde, ma petite fille, qui au cours de sa première année de vie a su partager sa maman avec ce projet.

INTRODUCTION

Nous entendons de plus en plus parler d'évaluation de programmes et d'amélioration continue de la qualité des services. Auparavant, l'évaluation était davantage associée au terme « efficacité », alors qu'aujourd'hui, elle est utilisée dans le but d'améliorer les programmes (Évaluation des programmes de promotion de la santé, 2002). Elle est d'autant plus importante dans un contexte où le système de santé coûte de plus en plus cher aux citoyens. Le site du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec présente la répartition, en pourcentage, du budget des dépenses par mission du gouvernement québécois en 2012-2013 et la portion de la mission santé et services sociaux équivaut à 47,8 % du budget total. Les établissements de santé doivent donc rendre des comptes à la population et s'assurer que leurs programmes répondent bien aux besoins. Une des stratégies efficaces, qui consiste à évaluer les programmes, constitue un des meilleurs moyens pour répondre aux besoins d'information des décideurs, qui doivent justifier leur choix auprès de la population (Drummond, O'Brien, Stoddart et Torrance, 1998). Mais par où commencer ? Et qu'avons-nous de besoin pour entreprendre une telle démarche ?

Cet essai se compose de neuf parties. Un premier chapitre présente le contexte. Le second décrit la problématique. Le troisième énonce les objectifs du projet. Le quatrième chapitre résume la consultation de la littérature réalisée en lien avec le sujet. Dans le cinquième chapitre est développé le cadre conceptuel sur lequel repose cet essai. Le sixième chapitre décrit la méthodologie utilisée pour réaliser cet essai tandis que le septième chapitre présente les résultats obtenus. Le huitième formule la discussion suivie de la conclusion en neuvième.

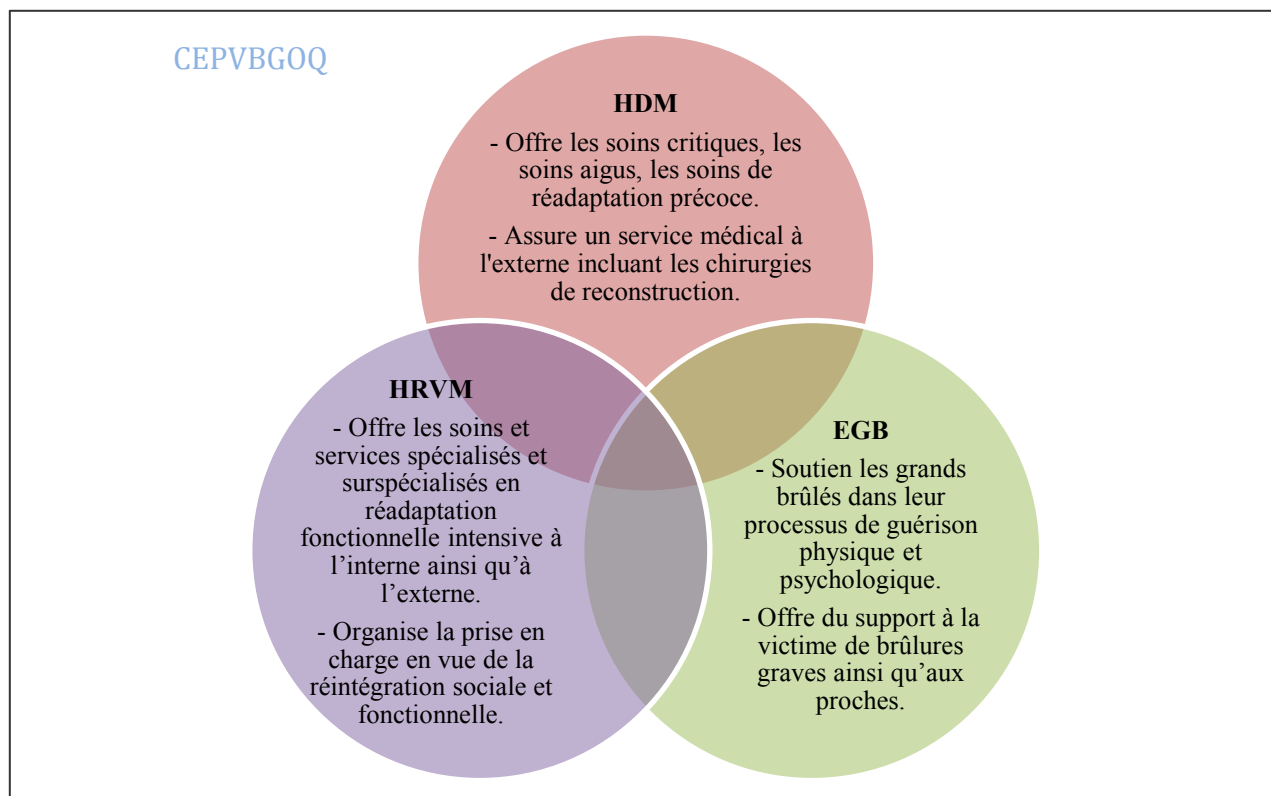
CHAPITRE 1 : CONTEXTE

Le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a institué, en 2005, deux centres d'expertise au Québec avec comme mission la mise en place d'un continuum de soins et de services pour la clientèle ayant subi des brûlures graves. Il s'agit du Centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves de l'Est-du-Québec et du Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'Ouest-du-Québec, ci-après nommé CEPVBGOQ. Les centres d'expertise comportent chacun trois entités. Pour cet essai, le

CEPVBGOQ a été ciblé. Il est composé de : l'Hôtel Dieu de Montréal (HDM) pour la phase des soins aigus, l'Hôpital de réadaptation Villa Medica (HRVM) pour la phase de réadaptation et Entraide Grands Brûlés (EGB), un organisme sans but lucratif. Il dessert les régions suivantes : Estrie, Montréal, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Nord-du-Québec (population autochtone), Laval, Lanaudière, Laurentides, Montérégie, Nunavut et Terre crie de la Baie. Le CEPVBGOQ a comme mandat de dispenser un programme de soins et de services spécialisés et surspécialisés, d'établir une concertation des services et d'assurer une continuité des soins et services, ainsi que de contribuer au développement, à la recherche et à la diffusion des connaissances.

L'unité des grands brûlés à l'HDM, offre l'ensemble des services en soins critiques, soins aigus et de réadaptation précoce ainsi que le service médical externe approprié incluant la chirurgie de reconstruction (Programmation intégrée CEPVBGOQ, 2009). L'HRVM, a pour mission de conjuguer l'expertise, le savoir-être et l'engagement de l'ensemble du personnel pour offrir des services de réadaptation fonctionnelle intensive, personnalisés à des adultes afin de développer leur plein potentiel (Site internet de l'HRVM). L'objectif plus spécifique du programme « grands brûlés » (GB) est de dispenser l'ensemble des soins et des services spécialisés et surspécialisés en réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne ainsi qu'à l'externe (Programmation intégrée CEPVBGOQ, 2009). Il a aussi comme objectif d'organiser la prise en charge en vue de la réintégration sociale et fonctionnelle. Enfin, l'organisme EGB a pour mission de soutenir les grands brûlés dans leur processus de guérison physique et psychologique. Dès l'admission d'une personne à l'unité des grands brûlés, du support à la victime de brûlures graves ainsi qu'aux proches tout au long du cheminement est disponible (Site internet d'EGB). Les informations sur les mandats sont schématisées et résumées dans la figure qui suit :

Figure 1 : Composition du CEPVBGOQ et missions associées à chacun des établissements



CHAPITRE 2 : PROBLÉMATIQUE

Une programmation intégrée du CEPVBGOQ a été écrite en 2009 et comprend les dimensions suivantes : la philosophie du programme, le contexte, l'environnement du programme, la description de la clientèle cible, la description de la problématique de brûlures graves, les objectifs du programme, les composantes reliées à la structure du programme, les activités et les différentes ressources. Dans la pratique, ce document est plutôt méconnu des différents professionnels et est plus ou moins utilisé. Cette programmation ne propose pas d'objectifs mesurables permettant l'évaluation des effets du programme. Les objectifs de la programmation sont formulés en énoncés plutôt qu'en objectifs mesurables alors que les objectifs devraient correspondre aux résultats, « c'est-à-dire aux changements que le programme devrait produire au sein du groupe » cible (Dagenais et Ridde, 2009, p. 93). Le tableau, de l'ANNEXE A, donne des exemples

d'objectifs tirés de la programmation ainsi qu'une proposition de reformulation facilitant l'évaluation.

À cela, s'ajoute les commentaires qui émanent du rapport de la visite d'évaluation du CEPVBGOQ, du 16 juin 2010, notant la difficulté d'obtenir des données statistiques et de réaliser la démarche d'analyse découlante. Le groupe conseil a aussi suggéré l'établissement de normes de qualité.

Dans un autre ordre d'idées, les ergothérapeutes et les physiothérapeutes avec l'aide d'une chercheuse dans le domaine ont construit une grille qui proposait des temps de mesure avec certains indicateurs pour tenter d'obtenir des données (ANNEXE B). Les professionnels ont tenté à quelques reprises de collecter certaines données et cette procédure a échoué. Il n'est pas possible, à cette étape-ci, d'identifier avec certitude une ou des cause(s) de cet échec.

Afin d'améliorer la situation, l'approfondissement de certains concepts est nécessaire. Il faut préciser que les définitions des concepts retenus qui ont été privilégiées cadraient davantage dans le contexte du travail. Dans un premier temps, un programme est défini comme suit selon Plante :

... ensemble cohérent, organisé et structuré d'objectifs, de moyens et de personnes qui l'animent. Il se justifie sur la base de besoins définis comme une carence ou un manque qui affecte des individus, une collectivité ou une société. Il est sous le contrôle d'une ou plusieurs personnes responsables de la qualité de sa formulation et de son fonctionnement. Il est mis en place pour transformer des choses ou l'état d'une chose. (1994, dans Dagenais et Ridde, 2009, p. 9)

Ainsi, ce que l'on vise d'un programme est qu'il produise des changements positifs sur les personnes visées qui y participent. Comment en être certain ? L'évaluation d'un programme, selon Weiss est « l'appréciation systématique du fonctionnement et (ou) des résultats d'un programme de façon à contribuer à l'amélioration du programme » (Weiss (1972 ; 1998, dans Brousselle, Champagne, Contandriopoulos et Hartz, 2009, p. 37). Selon Patton, « l'évaluation des programmes consiste dans la collecte systématique d'information sur les activités, les caractéristiques et les résultats de ces programmes afin de porter des jugements sur eux, d'améliorer leur efficacité et d'éclairer les décisions » (1997, dans Brousselle *et coll.*, 2009, p. 37-38). Ainsi, l'évaluation contribue à mesurer les

transformations que fait un programme sur une personne. Pour évaluer un programme certaines conditions préalables doivent cependant être respectées. Entre autres, le caractère évaluable d'une intervention doit remplir certaines conditions comme la présentation du programme sous forme de modèle et la formulation adéquate des objectifs (Rutman, 1984 ; Wholey, 1977, dans Brousselle *et coll.*, 2009).

Ces définitions suggèrent donc un écart entre les conditions préalables à l'évaluation, les recommandations de l'équipe de travail du groupe conseil en traumatologie et ce qui est présentement écrit dans la programmation. C'est face à ce constat qu'est née l'idée de projet de mettre en place les conditions favorables à l'évaluation du programme « grands brûlés » (GB) de l'HRVM et l'intention d'élaborer le cadre d'évaluation du programme dans une perspective réaliste visant l'amélioration de la qualité. Mais comment peut-on s'assurer de la qualité d'un programme. Selon Donabedian (1980, dans Brousselle *et coll.*, 2009, p. 79), la qualité est déterminée par un ensemble d'attributs des connaissances, de la technologie, des attentes et des normes sociales. La qualité s'apprécie aussi en termes de structure et de résultats. En permettant d'évaluer le programme et de mettre en place les conditions favorables à son évaluation, il sera possible dans le futur de mesurer ses effets et ses résultats, permettant ainsi d'apprécier sa qualité.

CHAPITRE 3 : OBJECTIFS

Ce chapitre présente les objectifs visés par le projet. Les objectifs s'intègrent dans une démarche évaluative fondée sur la théorie du programme et dans une perspective d'amélioration de la qualité.

La théorie du programme repose sur:

... la connaissance des fondements théoriques du programme, des intentions poursuivies et des actions réalisées ([c. à d.] : but, objectifs généraux et objectifs spécifiques) pour étayer les liens de causalité entre le programme et les résultats observés. De fait, les mesures sont fondées sur les objectifs, et ce, tant dans la perspective d'une évaluation formative ou, *in extenso*, que dans un processus d'évaluation continue (Cadre d'évaluation du programme national en santé publique, 2009, p. 12).

3.1 Objectif principal

L'objectif principal de ce projet consiste à élaborer un cadre d'évaluation du programme GB de l'HRVM.

3.2 Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de l'essai sont les suivants :

- a. Identifier, dans la littérature, les principes et les conditions favorables à l'évaluation de programme (objectifs mesurables et définis, définition du programme) pour orienter l'élaboration d'un cadre d'évaluation pertinent;
- b. Élaborer et valider le modèle logique du programme pour orienter la démarche évaluative;
- c. Développer un cadre d'évaluation qui prend en compte les conditions et les contraintes du milieu, tout en favorisant l'amélioration continue du programme;
- d. Présenter un cadre d'évaluation réaliste du programme, conforme à la discipline et adapté aux besoins de l'établissement.

CHAPITRE 4 : CONSULTATION DE LA LITTÉRATURE

Ce chapitre a pour but d'établir l'état des connaissances actuelles sur les différents éléments par rapport à l'évaluation de programme. La première section fait un bref survol des conditions favorables à l'évaluation d'un programme. La deuxième approfondie le concept de « modèle logique » tandis que la troisième s'intéresse au cadre d'évaluation de programme et explore les différents types d'évaluation pouvant y être inclus. Finalement, la quatrième section conclut ce chapitre par une synthèse.

4.1 Conditions favorables à l'évaluation de programmes

L'évaluation de programmes requiert certaines conditions favorables à sa réalisation. Ainsi, une recension des écrits a été faite sur ce sujet afin d'optimiser la démarche évaluative dans la perspective d'élaborer un cadre d'évaluation de programmes réaliste. Différents termes sont utilisés pour qualifier ces conditions dépendamment des auteurs dont : la phase préévaluative, les conditions préalables, les questions préalables à l'évaluation, les prérequis à l'évaluation et l'établissement de l'évaluabilité d'un programme.

L'étape préévaluative est nécessaire puisqu'elle permet de s'assurer qu'il est possible de réaliser l'évaluation d'un programme et que les évaluateurs disposent de toutes les

informations pour la réaliser (Beaudry et Gauthier, 1992, dans Dagenais et Ridde, 2009, p. 20). Pour Rutman (1984) et Wholey (1977) l'évaluateur doit toujours commencer par vérifier si ces quatre conditions sont remplies :

- le programme doit être présenté sous forme de modèle ;
- la formulation du modèle doit être adéquate, en particulier en ce qui a trait aux objectifs;
- l'investissement en ressources doit être suffisant pour atteindre les objectifs;
- les acteurs doivent manifester de l'intérêt pour le processus évaluatif. (dans Brouselle *et coll.*, 2009, p. 104)

L'évaluateur doit s'assurer que les conditions favorables à l'évaluation de programmes soient présentes. Dans le cas contraire, il est difficile, voire impossible de réaliser une évaluation. Un exemple d'étude décrit bien cette problématique. Mercer et Goel (1994) souhaitaient, de prime abord, évaluer les atteintes des objectifs du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) et ont expliqué dans leur étude qu'il n'a pas été possible de procéder à cette évaluation des atteintes des objectifs du programme puisque « les responsables n'ont pas encore déterminé les objectifs du programme pouvant permettre la mise au point d'indicateurs » (p.97). Ainsi, ils concluent donc que les éléments suivants doivent être mis en place avant de procéder à une évaluation du programme : identifier les différentes composantes devant être évaluées, préparer le modèle logique du programme, identifier tous les indicateurs pour chaque composante du programme et indiquer comment les données peuvent être recueillies pour chacun des indicateurs (Mercer et Goel, 1994).

D'autres auteurs préconisent d'établir : « l'évaluabilité d'un programme » (EEP) avant de passer à l'étape d'évaluer le programme. Cette évaluation est utilisée dans le but :

... de réaliser une évaluation formative afin de contribuer au développement du programme, à son changement et à son amélioration. On utilise ce type de préévaluation pour revoir les buts et objectifs du programme, modifier certaines composantes du programme, augmenter la compréhension du programme auprès des responsables et, enfin, pour développer la logique du programme. (Alain et Dessureault, 2009, p. 105)

C'est aussi le cas de l'étude de Meeres, Fisher et Gerrard (1995), où une évaluation de l'évaluabilité du programme « community-based » a été réalisée. Les auteurs de cette étude

recommandent l'application des éléments suivants avant toute autre considération d'évaluation : décrire le programme comme il existe dans la réalité, identifier les écarts et les domaines sous-développés du programme, améliorer les problèmes cibles puis définir les objectifs de façon claire, réaliste et mesurable. La notion de « réalité » d'un programme est jugée importante et précisée dans cette étude. Pour être en mesure d'évaluer un programme, sa description doit se coller le plus près possible de la réalité clinique si on veut évaluer ce qui « se passe vraiment sur le terrain ». Évidemment, il faut que le programme soit basé sur les données probantes, mais il existe toujours une différence entre ce qui est prévu de faire et ce qui est vraiment fait (Dagenais et Ridde, 2009).

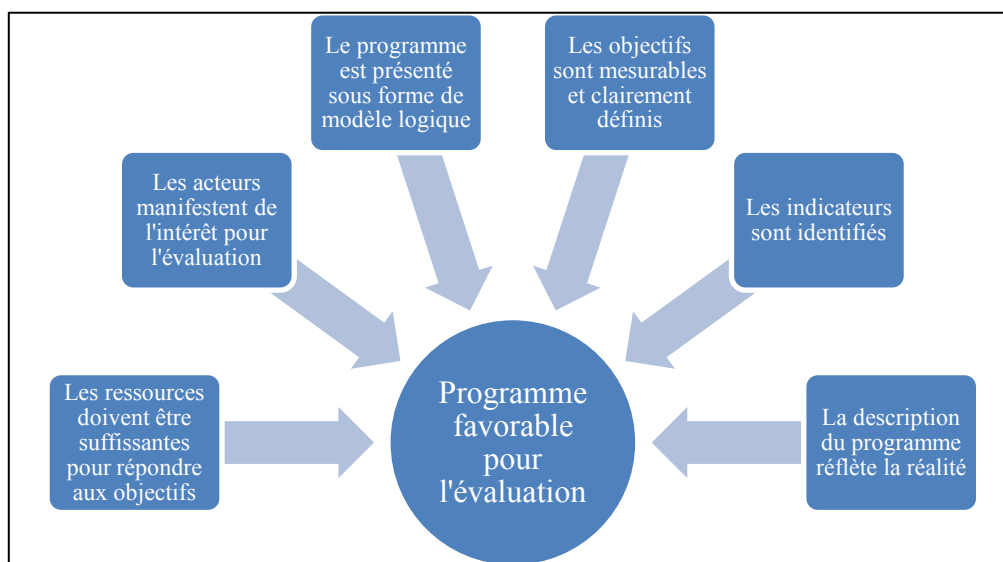
Selon le document *Évaluation des programmes de promotion de la santé*, rédigé par The Health Communication Unit au Centre for Health Promotion Université de Toronto (2002), les caractéristiques d'un programme prêt pour l'évaluation sont les suivantes :

- buts et objectifs clairement définis;
- public cible clairement défini (c'est-à-dire les participants au programme);
- activités bien délimitées qui se déroulent comme prévu;
- indicateurs et résultats clairement définis pour le programme;
- liens possibles de cause à effet entre les activités et les résultats;
- structure organisationnelle qui facilitera la collecte de renseignements (p. 21).

Pour qu'un programme soit évaluable, il doit comporter des objectifs. Alain et Dessureault (2009) précisent que le programme doit répondre à des objectifs généraux liés à la mission de l'organisation. Ils ajoutent que le but et les objectifs du programme doivent être définis clairement et mesurables. Afin de mesurer les objectifs d'un programme, des indicateurs doivent être identifiés. Aux objectifs « y sont accolés un ou des indicateurs sur lesquels seront établies les cibles de résultats » (Secrétariat du Conseil du trésor, gouvernement du Québec, 2002, p. 27). Un indicateur « permet d'apprécier un phénomène qualitativement ou quantitativement à l'aide de données ou de renseignements utilisés comme points de repère » (Secrétariat du Conseil du trésor, gouvernement du Québec, 2013, p. 12). Ainsi, ils « mesurent différents paramètres des activités et des résultats et sont utilisés pour répondre aux besoins de gestion » (Secrétariat du Conseil du trésor, gouvernement du Québec, 2002, p. 16).

Donc, en résumé, avant d'évaluer un programme, l'évaluateur doit s'assurer que certaines conditions préalables soient remplies dans le but d'optimiser la démarche évaluative. Un schéma a été élaboré pour synthétiser les différents points soulevés par les auteurs.

Figure 2: Schéma présentant les conditions favorables à l'évaluation de programmes



De façon générale, les auteurs s'entendent sur le fait que les objectifs doivent être clairement définis et qu'une description d'indicateurs s'y rattachant doit être présente avant d'évaluer un programme. Une des façons de les présenter, souvent relevées dans la littérature, est sous forme de modèle, ce concept est davantage traité dans la prochaine section. Cette étape est donc essentielle dans le cadre de cet essai. Elle permet de préciser les objectifs du programme, les indicateurs s'y rapportant ainsi que de schématiser les différents liens entre les activités et les composantes du programme. La démarche préconisée, soit celle de consulter trois groupes (l'équipe de recherche, les intervenants et les dirigeants), assurera aussi une compréhension globale du programme.

Cinq éléments en lien avec les conditions favorables à l'évaluation de programmes ont été retenus afin d'optimiser la démarche évaluative et d'orienter le cadre d'évaluation. Ceux-ci sont : la confection d'un modèle logique, l'élaboration d'objectifs mesurables et clairement définis, l'identification d'indicateurs, le reflet de la réalité dans la description du programme et le souci de prendre en considération les acteurs pour stimuler l'intérêt à la

démarche évaluative. En ce qui concerne la condition des ressources qui doivent être suffisantes pour répondre aux objectifs, elle n'a pas été retenue puisqu'elle sera abordée au moment de l'élaboration du ou des devis d'évaluation. La démarche méthodologique a été conçue en fonction de ces cinq critères et elle est détaillée dans la section nommée « Méthodologie ».

4.2 Modèle logique

Comme il a été question dans la section précédente, plusieurs auteurs font référence au modèle logique comme conditions favorables à l'évaluation de programmes. Il est donc essentiel de consulter la littérature scientifique sur le sujet. Dans un premier temps, des définitions du concept sont explorées. Selon Brousselle *et coll.*, le modèle logique

... permet de documenter le sens d'un programme grâce à la conceptualisation des liens entre les structures, les processus et les résultats. On peut ainsi répondre aux questions suivantes : que fait-on avec les ressources dont on dispose ? Quels sont les effets du programme, et qui en bénéficie ? Quels buts ou objectifs stratégiques à long terme le programme vise-t-il ? Quels facteurs contextuels sont susceptibles d'influencer le succès de l'intervention, et quels sont les liens logiques causaux entre ces facteurs ? (2009, p. 59)

Pour Dagenais et Ridde (2009), le modèle logique « permet de compiler et de visualiser l'information concernant un programme à l'aide d'un schéma, afin de favoriser la compréhension des enjeux du programme » (p. 89). Selon les mêmes auteurs, les éléments suivants doivent être retrouvés dans le modèle logique : les composantes ou les activités, les groupes ciblés ainsi que les résultats qui eux renvoient aux objectifs et/ou aux buts. D'autres éléments facultatifs peuvent aussi être intégrés dans le modèle : les intrants (les différents types de ressources), les extrants, les facteurs contributifs ainsi que les facteurs externes (*Ibid.*). Ces auteurs précisent cependant qu'on « risque de transformer des systèmes complexes en systèmes linéaires » (*Ibid.*, p. 91). Il faut donc porter une attention particulière à ce risque.

Selon le document Évaluation des programmes de promotion de la santé rédigé par « The Health communication unit » le modèle logique est : « une représentation graphique des liens qui existent entre les buts du programme, ses objectifs, les activités prévues et les groupes intéressés » (2002, p. 21). L'utilisation du modèle logique permet de :

... cerner les lacunes «théoriques» du programme et de tenter de les combler,

[d']articuler l'évaluation [du] programme autour des liens essentiels; [d']inviter les parties intéressées à participer à l'évaluation, [et d']élaborer une vision cohérente de la nature du programme et de l'intégration de toutes ses composantes. (*Ibid.*, p. 21)

Selon le Guide d'élaboration de modèle logique de programme de l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie (2004), un modèle logique de base contient les éléments suivants : les ressources (humaines, financières, organisationnelles, matérielles et communautaires), les activités, les résultats, les effets et les impacts attendus. Les activités correspondent aux moyens par lesquels les résultats souhaités seront atteints et comprennent tous les niveaux de résultats à atteindre (*Ibid.*). Les effets, eux, se mesurent en terme de changement dans le temps et les impacts correspondent aux changements attendus ou non attendus (*Ibid.*). Toujours selon ce même guide, les modèles logiques où l'accent est mis davantage sur une approche plus théorique, comprennent les éléments supplémentaires suivants : les objectifs à atteindre, les moyens de les atteindre et les principes sur lesquels reposent le programme.

Pour ce qui est de sa rédaction, un modèle logique être conçu de différentes façons. De nos jours, la participation des intervenants à son élaboration est souhaitée puisque « le processus d'élaboration du modèle logique est aussi utile que le modèle logique lui-même » (Dagenais et Ridde, 2009, p. 100). Ainsi, selon ces auteurs, trois grandes options en favorisant la participation sont donc possibles : préparer une ébauche pour amorcer la discussion avec les intervenants, élaborer le modèle avec les intervenants en partant de zéro ou demander à des sous-groupes de préparer des ébauches (*Ibid.*). Dans un souci de respect de l'échéancier fixé et dans la mesure où trois groupes de personnes ont été ciblés, la première option, celle de préparer une ébauche pour amorcer la discussion avec les intervenants, a été privilégiée.

Cet essai présente le modèle logique et inclut les éléments essentiels du programme GB de l'HRVM : la description de la clientèle cible, la nature de l'intervention, les objectifs généraux, les ressources (humaines, financières, organisationnelles et matérielles), les activités, les extrants, les effets ciblés, les effets hors cibles et le but ultime du programme ou l'impact. Ces éléments permettront une compréhension globale du programme. Les objectifs intermédiaires et spécifiques, rattachés à des indicateurs et des outils de mesure

devront nécessairement être détaillés dans un autre document afin de répondre aux conditions favorables pour l'évaluation de programmes.

4.3 Cadre d'évaluation

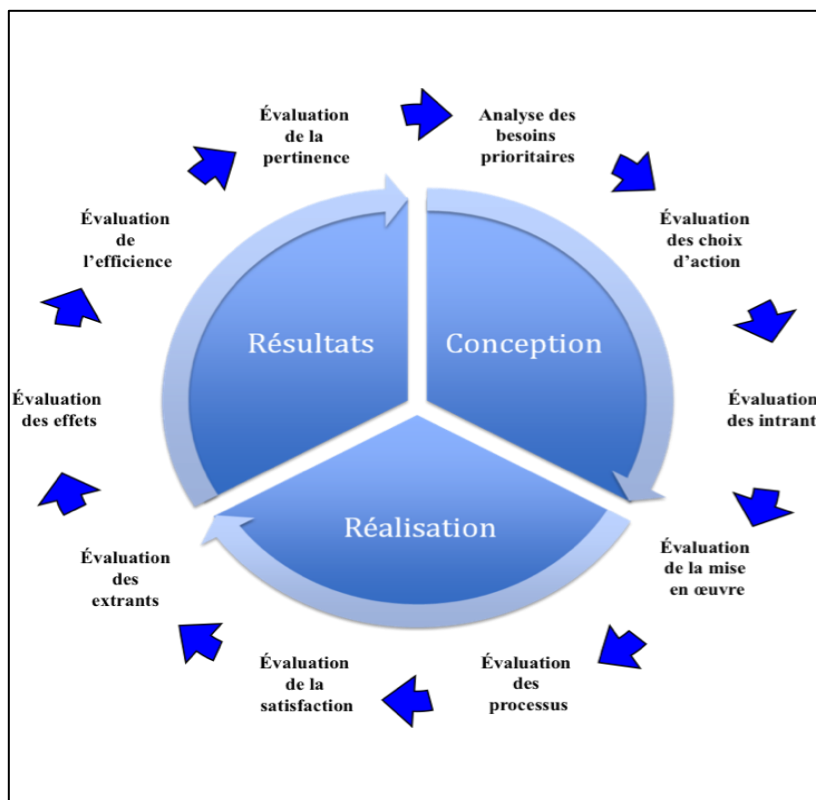
Un cadre d'évaluation est un :

... document préparé préalablement aux travaux de collecte d'information et décrivant la façon dont une évaluation sera menée en précisant les questions d'évaluation et les stratégies envisagées pour obtenir les renseignements nécessaires à leur réponse (Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation, 2013, p. 2).

Ainsi, ce document permet de cadrer la démarche évaluative et de l'orienter. Plusieurs types d'évaluation peuvent être inclus dans le cadre d'évaluation. C'est à l'évaluateur et aux personnes responsables de l'évaluation et de la qualité de mieux cibler les types d'évaluations pertinents selon les besoins du programme ciblé et ceux de l'organisation. D'ailleurs, le Secrétariat du Conseil du Trésor a émis une directive, en janvier dernier, portant sur l'évaluation de programmes dans laquelle il souhaite accroître la place de l'évaluation de programmes dans un cadre de gestion axée sur les résultats dans la prise de décision dans chaque organisation assujettie à la *Loi sur l'administration publique*. Une de ses directives prévoit l'élaboration d'un cadre d'évaluation précisant les questions, les indicateurs et la méthodologie pour évaluer les résultats (Lettre du Bureau du secrétaire du Secrétariat du Conseil du trésor ayant comme objet : Directive sur l'évaluation de programme et outil d'évaluation, 2013).

Un des points de repère pour déterminer quels types d'évaluation sont pertinents à inclure dans un cadre donné d'évaluation, consiste à déterminer où se situe le programme dans le cycle de vie d'un programme. La figure suivante illustre ce cycle de vie :

Figure 3 : Schéma représentant le cycle de vie d'un programme



Guylaine Doré, 2013, p. 13

Avec le programme GB de l'HRVM, développé et mis en œuvre en 2005, le cycle de vie est donc complété. Tous les types d'évaluation peuvent donc être entrepris. Cependant, dans un souci de réalisme, de faisabilité et de pertinence, seulement certains d'entre eux le seront. Les évaluations retenues cadrent avec le concept d'évaluation axée sur l'utilisation. Ce terme est « basé sur le principe selon lequel les évaluations devraient être jugées en fonction de leur utilité » (Dagenais et Ridde, 2009, p. 143). Cela signifie donc d'être soucieux de l'utilisation future de chacune des évaluations. En effet, si aucune démarche ne peut être réalisée par la suite, pourquoi faire une évaluation? Le cadre d'évaluation vise donc les évaluations : du fonctionnement, des extrants, de la satisfaction et des effets. Les différents types d'évaluation sélectionnés sont davantage décrits dans les prochaines sections.

4.3.1 *Évaluation des processus ou du fonctionnement*

Un processus est un « ensemble d'activités logiquement liées et orientées en vue d'un résultat attendu. Un processus permet la transformation d'intrants en extrants

recherchés » (Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation, 2013, p. 16). L'évaluation du processus ou du fonctionnement s'effectue généralement sur une courte période. Le moment doit être représentatif du fonctionnement normal du programme pour être valide, ainsi, les périodes de vacances, les périodes de débordement ainsi que les moments de changement organisationnel ne sont donc pas des moments recommandés pour réaliser ce type d'évaluation (Doré, 2009). L'évaluation du processus donne une idée de la façon dont le fonctionnement s'est déroulé dans son ensemble. Il indique ce qui est fait et permet de déterminer si le processus a été concluant et quels changements peuvent être apportés afin d'améliorer l'efficacité des processus à venir (Site internet de l'Agence canadienne d'évaluation environnementale). Il est donc essentiel de faire participer les personnes concernées par les processus afin d'avoir leurs points de vue et leur rétroaction.

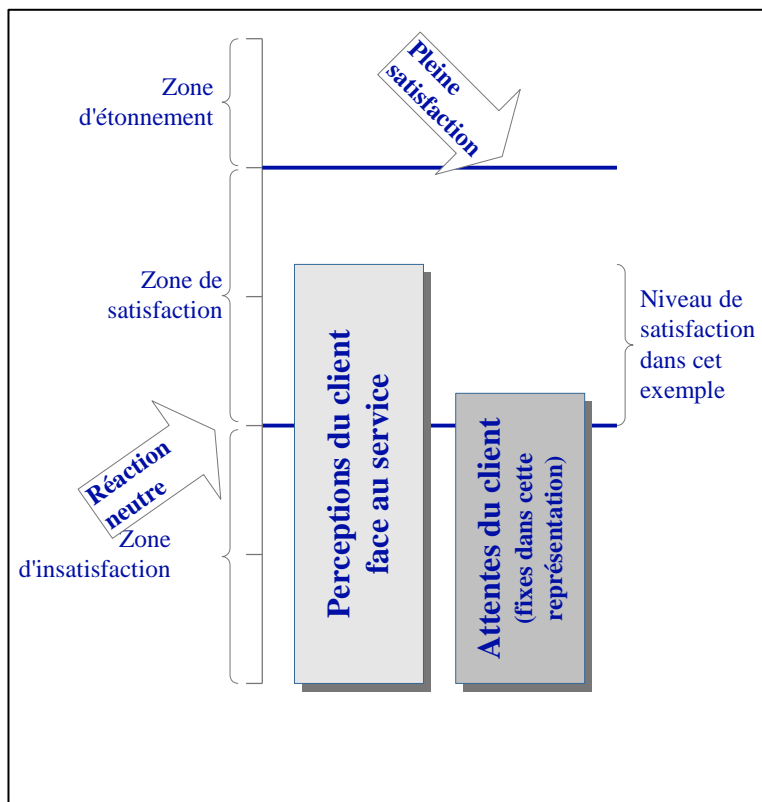
4.3.2 Évaluation des extrants

L'évaluation des extrants répond aux questions suivantes : qu'avons-nous réalisé et quels services ont été générés ? « Les extrants sont [...] des services [...] observables et mesurables, leur production étant habituellement sous le contrôle exclusif de l'organisation, il est généralement plus facile d'en rendre compte, comparativement aux effets » (Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation, 2013, p. 11). « Ils sont tangibles et quantifiables » (Dagenais et Ridde, 2009, p. 96).

4.3.3 Évaluation de la satisfaction

Qu'est-ce que la satisfaction, comment peut-on la mesurer ? Un des auteurs ayant étudié sur le sujet est Benoît Gauthier. Il définit la satisfaction comme un « sentiment qui résulte de la comparaison des attentes et des perceptions » (2001, p. 4). Le schéma suivant illustre bien ces propos :

Figure 4 : Schéma illustrant la mesure de la satisfaction d'un client selon Gauthier

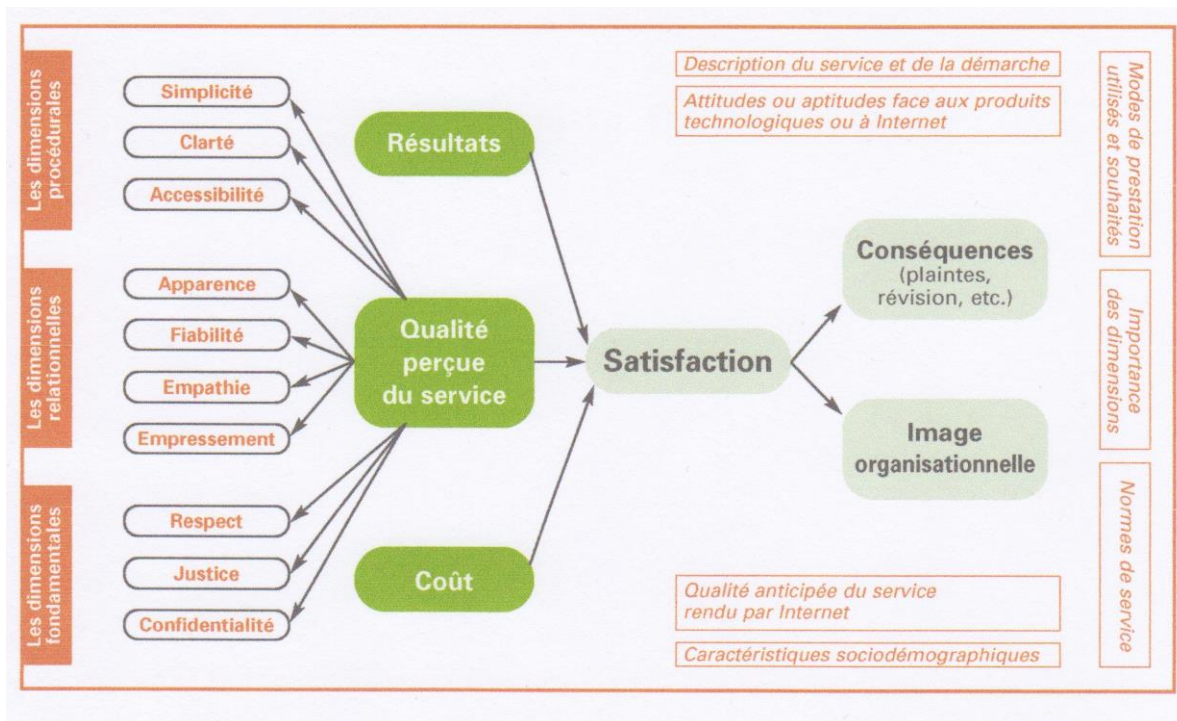


Tiré de Benoît Gauthier, 2001, Circum inc., p. 4

Ainsi, de la différence entre ce que le client perçoit face au service qu'il reçoit et ses attentes résulte un niveau de satisfaction ou d'insatisfaction du client.

Le Secrétariat du Conseil du trésor s'est aussi penché sur ce concept, le gouvernement du Québec accordant une attention primordiale à la qualité des services offerts à la population. Ainsi, l'Outil québécois de mesure a été conçu. Ce dernier repose sur un modèle théorique et permet d'évaluer la satisfaction des usagers des services publics et la qualité perçue de ces services. Le modèle est représenté sous forme de figure et schématise bien les influences et les diverses dimensions pouvant agir sur la satisfaction.

Figure 5 : Les variables et le modèle conceptuel de l’Outil québécois de mesure



Tiré de gouvernement du Québec, Outil québécois de mesure de la satisfaction de la clientèle, 2008, p. 3

Pour comprendre le modèle, il est important de bien distinguer deux notions: la qualité perçue du service et la satisfaction à l’égard du service. La qualité perçue découle de l’évaluation faite par l’usager pendant qu’il utilise le service. La satisfaction est un concept plus large qui tient compte à la fois du résultat découlant de l’expérience de service, de la qualité perçue et, le cas échéant, du coût du service (Outil québécois de mesure de la satisfaction de la clientèle, 2008, p. 3). La qualité perçue n’est pas la seule variable à prendre en compte car il faut aussi tenir compte des autres dimensions susceptibles d’influencer la satisfaction. Contrairement à Gauthier, ce modèle utilise l’expression « résultats ». En effet, on peut supposer qu’un client qui a obtenu de mauvais résultats sera probablement moins satisfait qu’un autre ayant obtenu de bons résultats. Par contre, ce concept est en lien avec les attentes du client. En résumé, l’évaluation de la satisfaction résulte de la perception de différents facteurs qu’a en tête le client. Les deux définitions du concept de satisfaction sont intéressantes à considérer lors de l’évaluation de la satisfaction de la clientèle.

Ce type d'évaluation de nature sommative doit être fait à la toute fin du programme, au congé du client par exemple. Cependant, elle peut nécessiter une évaluation continue, tout au long de l'année, puisque les entrées et les sorties au programme sont variables. Ce type d'évaluation est souvent important dans un contexte concurrentiel, afin d'optimiser la fidélisation ainsi que la popularité du programme (Doré, 2009). Ce n'est pas le cas du programme GB puisqu'il dessert toute la population de l'Ouest-du-Québec. Par contre, il est d'autant plus important à prendre en compte cette dimension puisque ce programme fait partie du Centre d'expertise, où les éléments et standards de qualité des services doivent être respectés. Dans un souci d'amélioration de la qualité des services, il est nécessaire d'effectuer ce type d'évaluation afin d'optimiser les services du programme et d'être en mesure de mieux répondre aux besoins des clients.

4.3.4 Évaluation des effets

Les effets d'un programme « font référence au niveau d'atteinte des objectifs et de leurs cibles. Ils correspondent aux résultats obtenus à court terme, à moyen terme ou à long terme par l'action d'un programme. » (Doré, 2009, p. 83) Ainsi, il permet d'obtenir le degré d'atteinte des différents objectifs puis de les comparer aux cibles attendues. Ce type d'évaluation peut être fait lorsque le programme fonctionne depuis un certain temps. Lors de la réalisation de cette évaluation, il est important d'établir la relation de causalité entre les activités du programme et ses effets et d'identifier les autres composantes pouvant avoir eu un impact sur ces résultats. Lors de l'analyse des effets, il est aussi important de considérer les effets voulus, souhaités et de prendre en considération ceux non désirés. Il est tout à fait possible qu'un programme cible certains objectifs tout en répondant aussi à d'autres qui n'étaient pas nécessairement prévus au départ. L'utilisation de ce type d'évaluation aide à corriger ou à réajuster le programme afin qu'il atteigne mieux ses intentions. Sa fonction privilégiée est de nature sommative et permet de comparer les résultats obtenus avec les cibles identifiées. Lors de la réalisation d'une évaluation des effets, il faut établir la relation de causalité entre les activités du programme et ceux-ci. Puisque plusieurs ressources externes telles que le soutien des pairs, l'organisme EGB, les ressources en région peuvent influencer la réadaptation de la personne, il faut donc en tenir compte lors de l'analyse des données.

4.3.5 Évaluation et qualité des soins

La démarche évaluative de cet essai vise l'amélioration de la qualité des soins. Le terme évaluation peut parfois être perçu comme péjoratif alors que l'utilisation du terme qualité « demeure plus acceptable pour les professionnels que celle d'évaluation, qui est souvent perçue par eux comme une menace pour leur autonomie professionnelle et pour leurs conditions d'exercices » (Pinault, 2012, p. 117). Berwick a mis de l'avant un courant de pratique qui met l'accent sur l'amélioration de la qualité. Cette approche a comme finalité de « soutenir et d'encourager les bonnes pratiques, plutôt que d'essayer d'identifier les fautifs et de les sanctionner » (dans *Ibid.*, p. 118). Elle se fonde sur le développement d'une culture organisationnelle centrée sur la qualité. Les principaux éléments sont :

- une vision partagée par les gestionnaires, les professionnels et le personnel à tous les niveaux du système et de l'organisation;
- le bien-être et la sécurité du patient au centre des préoccupations des professionnels, des gestionnaires et de tout le personnel;
- des pratiques fondées sur les données probantes;
- des incitatifs favorisant l'amélioration continue de la qualité;
- un soutien aux professionnels et aux gestionnaires;
- une perspective intégrée de l'évaluation de la qualité liant ensemble les trois composantes de la qualité : structure, processus et résultats; un système d'information qui alimente l'évaluation. (*Ibid.*, p. 118)

4.4 Résumé du chapitre

Plusieurs conditions sont favorables à l'évaluation de programmes. Dans un souci d'optimiser la démarche évaluative, il est essentiel de se poser des questions se rapportant aux six critères retenus favorables à l'évaluation de programmes soient : les acteurs manifestent de l'intérêt pour l'évaluation, le programme est présenté sous forme de modèle logique, les objectifs sont mesurables et clairement définis, les ressources doivent être suffisantes pour répondre aux objectifs, des indicateurs sont identifiés et la description du programme reflète la réalité. Ces critères ne sont pas exclusifs, c'est-à-dire que d'autres peuvent venir influencer la démarche évaluative. Par contre, lorsque ces éléments sont présents dans une organisation, l'évaluation de programmes a davantage de chance de bien se dérouler. Le modèle logique permet de bien schématiser un programme et de comprendre sa logique et les liens entre les différents éléments. Une des démarches

préconisées pour le réaliser est celle dite « participative ». Le cadre d'évaluation permet lui, de prévoir la démarche évaluative et d'orienter les types d'évaluation devant être choisis en fonction des besoins de chaque programme. Afin de maximiser la démarche, des choix doivent être faits au niveau des types d'évaluation qui doivent être priorités pour rendre la démarche réaliste dépendamment du cycle de vie du programme et des besoins organisationnels.

CHAPITRE 5 : CADRE CONCEPTUEL RELIÉ AU PROGRAMME GB

Afin d'élaborer le modèle logique et les objectifs spécifiques du programme GB de l'HRVM, il est nécessaire de s'appuyer sur un cadre conceptuel. Le cadre conceptuel utilisé dans cet essai est celui de la pratique fondée sur les évidences scientifiques. En effet, une consultation de la littérature scientifique a été la base de cette étape afin de s'assurer que le programme s'appuie sur des bases théoriques solides. Les sections suivantes décrivent ce qu'est une brûlure grave ensuite les problématiques courantes s'y rattachant sont décrites. Finalement, le choix du but ultime est expliqué.

5.1 Définition et gravité d'une brûlure grave

Le concept de « brûlures graves » se définit selon Young (2002) comme une brûlure affectant la peau, le plus grand organe du corps humain, qui joue un rôle de barrière protectrice en maintenant l'homéostasie, la thermorégulation et les fonctions immunitaires. Différents facteurs viennent moduler le degré de gravité d'une brûlure. La gravité d'une brûlure est déterminée principalement par l'étendue de la surface corporelle atteinte ainsi que par la profondeur de celles-ci, mais d'autres critères de gravité s'ajoutent à ceux-ci tels que : l'âge de la personne, l'agent responsable (thermique, électrique, chimique, par radiation), la comorbidité de la personne (diabète, alcoolisme, insuffisance cardiaque, respiratoire et rénale, désordre psychiatrique et psychologique et sénilité), la localisation des brûlures (visage) et les autres lésions associées au traumatisme (amputation, fracture) (Boucher, Lavoie et Bouali, 2005). Les différentes circonstances des brûlures (brûlures intentionnelles, victimes d'actes criminels) peuvent aussi venir influencer le tableau clinique.

5.2 Problèmes associés aux brûlures

Afin de déterminer les objectifs du programme, une condition favorable à l'évaluation de programmes, une consultation de la littérature scientifique combinée à la lecture de la programmation intégrée du CEPVBGOQ, portant sur les problèmes rencontrés suite aux brûlures graves ont été réalisées. La prochaine section, présente donc, un résumé de ces problématiques.

5.2.1 Douleur

Les blessures reliées aux brûlures et à leur traitement subséquent causent une des formes les plus douloureuses qu'il soit selon Askay et Patterson (2008). Le traitement de cette douleur est un aspect important à prendre en compte puisqu'il permet notamment de minimiser l'apparition de désordres psychologiques tels que l'état de stress post-traumatique et la dépression ainsi qu'améliorer la guérison et écourter la durée d'hospitalisation (Byers, Bridges, Kijek et LaBorde, 2001 ; Choinière, 2001).

5.2.2 Qualité du sommeil

Un nombre substantiel de patients qui ont subi des brûlures souffrent de perturbation de leur sommeil. Un sommeil détérioré peut être relié à d'autres problèmes tels que de la douleur, des démangeaisons, un état de stress post-traumatique selon Jaffe et Patterson (2004). Cependant, la perturbation du sommeil peut être un problème spécifique en soi (*Ibid.*). Ainsi, elle mérite une attention particulière. Le sommeil est associé à la sécrétion d'hormone de croissance, à la fonction immunitaire et potentiellement à la réparation tissulaire (*Ibid.*).

5.2.3 Complications musculo-squelettiques et neurologiques

Les brûlures sont des blessures complexes qui affectent pratiquement tous les systèmes de l'organisme et peuvent résulter en complications à long terme. Les complications les plus communes incluent des problèmes musculo-squelettiques et neurologiques (Schneider et Qu, 2011). Celles-ci peuvent se développer en quelques semaines et parfois elles perdureront quelques années après l'accident de brûlure et affecteront de façon significative la qualité de vie de la personne (*Ibid.*). La gestion de ces complications est donc directement reliée au rétablissement fonctionnel de la personne (*Ibid.*).

5.2.4 Prurit

Le prurit, plus régulièrement nommé «démangeaisons», est une complication commune associée aux brûlures. Cette problématique peut interférer avec le sommeil, les activités de la vie quotidienne et causer des dommages tissulaires additionnels associés au grattage (Bell, Lynn et Vincent, 2009).

5.2.5 Support social

Parmi les facteurs facilitants, le support du réseau social dans la récupération des patients ayant subi des brûlures graves est bien documenté (Pruzinsky, Rice, Himel, Morgan et Edlich, 1992). D'après ces auteurs, le support par l'équipe de soins est essentiel afin d'optimiser la réadaptation. L'étude de Phillips, Fussell et Rumsey (2007) va plus loin, elle recommande qu'un programme de support des familles soit mis en place.

5.2.6 Nutrition

Les brûlures amènent une suppression de la réaction immunitaire et un risque d'infection chez les patients (Peck et Chang, 1999). Les systèmes immunitaires et inflammatoires peuvent être modulés par le support nutritionnel. Le statut nutritionnel est important à prendre en considération afin d'optimiser ces systèmes (*Ibid.*). Le premier but nutritionnel est de limiter le manque et le deuxième est de fournir un bilan calorique adéquat limitant ainsi des complications physiologiques défavorables par rapport à la blessure (*Ibid.*).

5.2.7 Plaies

Le traitement des plaies est une étape cruciale afin d'accélérer leur guérison. En effet, lorsque les blessures prennent plusieurs jours à guérir, cela favorise le développement de cicatrices hypertrophiques (Herndon, 2007). Un suivi étroit doit être fait afin d'optimiser les chances de prise de greffes, la guérison des plaies et d'éviter les risques d'infections ainsi que les risques de rétractions cutanées, sans quoi des répercussions fonctionnelles et esthétiques importantes apparaissent. Il est nécessaire d'optimiser la guérison des plaies, afin d'éviter une éventuelle chirurgie de reconstruction ou de correction.

5.2.8 Problèmes d'ordre psychologique et social

L'incidence de problèmes psychologiques à long terme, des patients ayant subi des brûlures graves est estimée entre 30 à 50% (Knudson-Cooper, 1984, dans Pruzinsky *et*

coll., 1992). Il est cliniquement reconnu et empiriquement bien documenté que les patients ayant subi des brûlures graves ont souvent une hausse importante de problèmes d'ordre psychologique et social qui étaient présents avant leur accident de brûlures (Pruzinsky *et coll.*, 1992). En effet,

... il semble que presque toutes les personnes ayant subi des brûlures graves développent des problèmes tels que : anxiété, dépression, sentiment d'impuissance, rage, honte, faible estime de soi, manque de confiance en soi, et d'autres sentiments négatifs qui peuvent dans certains cas conduire à un épuisement émotionnel, au retrait de la société et à un isolement social. (Boucher *et coll.*, 2005, p. 41)

Ainsi, il est important de s'intéresser à cette problématique. Pour ce qui est des désordres psychologiques qui surviennent suite à des brûlures graves la littérature relève principalement trois problématiques : l'insatisfaction de l'image corporelle, le syndrome de stress post-traumatique et la dépression (Boucher *et coll.*, 2005). L'insatisfaction de l'image corporelle serait en lien avec les variables sociales et émotionnelles plutôt que celles de la visibilité des brûlures et du pourcentage, selon Lawrence, Fauerbach, Heinberg et Doctor (2004). Contrairement à ce que l'on pourrait penser de prime abord, il n'y a pas de relation entre le pourcentage de brûlures et les incapacités de la personne. En effet, plusieurs études n'ont pas démontré une association entre plusieurs variables telles que le pourcentage de brûlures et les variables de la dimension psychosociale (Patterson, Everett, Bobardier, Questad, Lee et Marvin, 1993). Ce ne sont pas tous les patients qui ont besoin d'un examen psychologique approfondi (Pruzinsky *et coll.*, 1992). L'étude de Pruzinsky *et coll.* suggère cependant que tous les patients devraient profiter d'un dépistage psychologique afin de s'assurer d'une prise en charge rapide si les besoins sont requis (*Ibid.*).

5.2.9 Séquelles physiques et fonctionnelles

L'atteinte cutanée est responsable de nombreuses complications qui peuvent avoir des répercussions aux niveaux fonctionnel et esthétique. Aux problèmes cutanés, s'ajoutent l'immobilisation prolongée et les conséquences de multiples chirurgies. Ainsi, la personne ayant subi des brûlures graves peut se retrouver avec plusieurs séquelles physiques et fonctionnelles. Les systèmes pouvant être atteints sont : le système musculo-squelettique, les organes des sens, le système respiratoire, le système cardiovasculaire, le système

neurologique, le système lymphatique, le système digestif et les organes génitaux (Boucher *et coll.*, 2005). À cela, peuvent s'ajouter des amputations ou des fractures.

5.2.10 Modifications des habitudes de vie

Selon Boucher *et coll.*, la réalisation des habitudes de vie peut :

... s'avérer difficile pour les grands brûlés en raison de la sévérité des atteintes découlant des grandes brûlures. [...] Les activités quotidiennes et les loisirs, les activités avec les autres, la vie sexuelle, la situation professionnelle et financière sont des habitudes de vie qui peuvent être sérieusement perturbées par les brûlures (2005, p. 138).

5.2.11 Locus de contrôle

Le locus de contrôle est un facteur psychologique qui influence la réadaptation à long terme des patients ayant subi des blessures. Il se définit comme un sentiment de contrôle sur sa propre vie et sur sa réadaptation. Plus spécifiquement, il est décrit comme : « la tendance que les individus ont à considérer que les événements qui les affectent sont le résultat de leurs actions ou, au contraire, qu'ils sont le fait de facteurs externes sur lesquels ils n'ont que peu d'influence, par exemple la chance, le hasard, les autres [...] (Site internet de Wikipédia). Il est cliniquement évident que les patients qui sont plus actifs dans leur réadaptation atteignent un meilleur résultat en réadaptation (Pruzinsky *et coll.*, 1992). De plus, le locus de contrôle est un facteur prédictif du retour au travail de cette clientèle (Achterberg-Lawliss, 1983 dans Pruzinsky *et coll.*, 1992).

5.2.12 Qualité de la peau

La personne ayant subi des brûlures graves devra vivre avec des séquelles définitives du revêtement cutané. Parmi celles-ci, on retrouve une atteinte de la qualité de la peau qui comprend une sécheresse cutanée, une plus grande sensibilité, une hypersensibilité au soleil, une fragilité envers la friction et le frottement ainsi que la présence de cicatrices sur leur corps (Boucher *et coll.*, 2005). L'esthétique est donc un élément important puisque la personne devra vivre avec des cicatrices, une peau d'aspect irrégulière, des dystrophies, des modifications de la morphologie, des amputations et parfois une alopécie (*Ibid.*).

5.2.13 Atteintes sensibles

Les thérapeutes de l'HRVM, ont remarqué que certains patients demeuraient avec des douleurs de nature sensitive post-réadaptation qui peuvent avoir un impact sur la qualité

de vie de la personne. Dans ces cas, la méthode de rééducation sensitive de Spicher (2003) est utilisée à l'HRVM. Selon, Calva, Carter, Couture, Godbout, Poulin et Nedelec (2013), certains patients qui présentaient des zones avec des allodynies mécaniques, c'est-à-dire qu'ils ressentait une « douleur produite par une stimulation habituellement non douloureuse » (Marchand, 2009, p. 24), à l'évaluation avec des monofilaments, filament composé de textile artificiel, ne présentaient plus de zones douloureuses au toucher à la fin de ce traitement.

5.2.14 Traitements

Une étude rapporte que les clients des centres de réadaptation spécialisée et surspécialisée « se disent satisfaits des services et des traitements qu'ils ont reçus. Ils insistent fortement sur la qualité du personnel qui correspond tout à fait aux attentes. » (Boucher *et coll.*, 2005, p. 126). En contrepartie, pour les personnes qui n'ont pas eu recours aux interventions en centre spécialisé, la situation est bien différente. « La méconnaissance de la problématique des grands brûlés constitue un obstacle important [...] » (*Ibid.*, p. 98). En effet, selon la même étude, on explique que « le manque d'expertise, d'encadrement et d'information est à l'origine de la réalisation d'exercices inadéquats, de pertes de mobilité et de traitements plus douloureux ce qui insécurise ou décourage les clients » (*Ibid.*, p. 99).

5.3 Résumé de la problématique

La personne ayant subi des brûlures peut avoir des séquelles au plan fonctionnel, physique, esthétique, psychologique, émotionnel, professionnel et relationnel. L'immobilisation prolongée et les multiples chirurgies amènent une dénutrition, une faiblesse généralisée, une perte de la mobilité, une diminution de la flexibilité et une diminution de l'endurance, ce qui augmente les répercussions sur la personne. À ces facteurs, s'ajoutent la douleur, les plaies, les cicatrices, les rétractions cutanées, l'insatisfaction de l'image corporelle, les symptômes du syndrome de stress post traumatique et de dépression (Boucher *et coll.*, 2005). La figure tirée de l'article de Staley, Richard, Warden, Miller et Shuster (1996) schématise bien les atteintes possibles chez les personnes ayant subi des brûlures graves (ANNEXE C). Une prise en charge complète avec

des objectifs spécifiques est nécessaire pour optimiser la réadaptation de la personne ayant subi des brûlures graves.

5.4 Choix du but ultime du programme GB

Le concept « qualité de vie » a été retenu puisque la personne ayant subi des brûlures peut présenter des séquelles au plan fonctionnel, physique, esthétique, psychologique, émotionnel, professionnel et relationnel (relations : conjugale, familiale et sociale). Depuis les deux dernières décennies, l'amélioration des connaissances et des techniques dans le domaine médical a fait en sorte d'augmenter de façon significative les chances de survie des personnes ayant subi des brûlures graves (Blakenay, Rosenberg, Rosenberg et Faber, 2008). Cette brûlure grave peut entraîner des séquelles importantes. Le but ultime visé avec la clientèle GB adulte en réadaptation est d'optimiser leur qualité de vie. Le construit retenu pour le concept de qualité de vie est :

Une évaluation subjective des circonstances de vie d'un individu, compte tenu de ses valeurs. Elle peut s'observer par un état de bien-être physique, psychique, social et spirituel; un sentiment de satisfaction envers sa vie; un état fonctionnel satisfaisant, manifesté par la présence de comportements adaptés; un sentiment de contrôle sur sa vie ainsi que la réalisation d'occupations valorisantes. (Levasseur, Tribble et Desrosiers, 2006, p.163)

Ainsi, un concept général est nécessaire dans ce cas-ci, puisque les brûlures graves sont un phénomène complexe avec de nombreuses conséquences qui peuvent entraîner des séquelles persistantes voire permanentes. Ce problème multidimensionnel nécessite donc une approche globale centrée sur les besoins et les valeurs de la personne dépendamment du contexte et des caractéristiques propres à chacun, afin d'optimiser l'estime de soi, les sentiments de satisfaction, de bien-être envers sa vie et de contrôle en favorisant la présence de comportements adaptés.

Le cadre conceptuel du programme GB étant défini, la prochaine section présente la méthodologie employée afin de répondre aux objectifs du projet.

CHAPITRE 6 : MÉTHODOLOGIE

Le présent chapitre traite de la méthodologie utilisée afin de répondre aux différents objectifs du projet. Ils précisent les moyens mis en œuvre pour proposer des solutions à la

problématique. Il se compose de deux sections. La première porte sur les stratégies de recherche utilisées et la deuxième détaille la collecte et l'analyse des données.

6.1 Approches évaluatives

La principale approche évaluative utilisée dans cet essai repose principalement sur la théorie du programme. Selon le Cadre d'évaluation du programme national de santé publique (2009), elle se décrit comme suit :

... la connaissance des fondements théoriques du programme, des intentions poursuivies et des actions réalisées (c. à d. : but, objectifs généraux et objectifs spécifiques) pour étayer les liens de causalité entre le programme et les résultats observés. De fait, les mesures sont fondées sur les objectifs, et ce, tant dans la perspective d'une évaluation formative ou, *in extenso*, que dans un processus d'évaluation continue (p. 12).

Selon Rossy et Lipsey (1999, dans Alain et Dessureault, 2009), la première étape de l'évaluation de programmes consiste à produire une description articulée du programme. Une deuxième étape, toujours selon les mêmes auteurs est de décrire et de chercher à comprendre la réalité du programme telles que vue par les dirigeants et les intervenants du programme. Les étapes en lien avec la consultation de la littérature et l'étape de validation auprès de l'équipe de recherche cadrent tout à fait avec cette théorie et correspondent à la première étape selon Rossy et Lipsey. Quant aux étapes de validation auprès des intervenants et des dirigeants, elles coïncident davantage à la deuxième étape proposée par Rossy et Lipsey.

L'approche systémique qui correspond à une approche d'évaluation basée sur la démarche inductive a aussi été utilisée. Selon Pineault et Daveluy, ce modèle est surtout associé à l'évaluation formative qui « permet, grâce à une rétroaction continue, de réajuster ou de modifier certains éléments » (1995, dans Espace Régional de Santé publique, Référentiel commun en évaluation des actions et programmes santé et social, 2004, p. 56). Selon Beaudry (1986), l'évaluateur « vise la compréhension d'un phénomène par sa description plus ou moins exhaustive, cherche avant tout à décrire et à comprendre le fonctionnement du programme, à identifier les informations que désirent obtenir ceux qui sont engagés dans l'intervention et à sélectionner les méthodes de recherche qui conviennent plus particulièrement aux interrogations soulevées » (dans *Ibid.*, p.57). Ainsi,

les étapes de va-et-vient entre les différents acteurs (l'équipe de recherche, les intervenants et les dirigeants), le souci de décrire la réalité du terrain ainsi que la prise en considération des besoins de l'organisation font en sorte de cadrer avec ce type d'approche.

6.2 Collecte des données et analyse des données

Plusieurs étapes ont été nécessaires pour arriver à l'objectif principal qui consiste à élaborer un cadre d'évaluation du programme GB de l'HRVM. En effet, sept étapes ont été réalisées :

- 1) consultation de la littérature scientifique;
- 2) consultation des documents existants et pertinents du programme GB;
- 3) consultation de l'équipe de recherche sous forme d'entrevue semi dirigée portant sur le modèle logique, les objectifs du programme, les indicateurs et les outils de mesure;
- 4) consultation de l'équipe des intervenants sous forme de groupe de discussion portant sur le but ultime du programme et les objectifs du programme;
- 5) questionnaire adressé aux intervenants portant sur l'utilisation et les connaissances des outils et instruments de mesure pouvant être utilisés auprès des clients GB;
- 6) questionnaire portant sur les cinq mesures à prioriser pour l'évaluation des effets du programme présenté à l'équipe de recherche et aux intervenants;
- 7) consultation de l'équipe des dirigeants sous forme d'entrevue semi dirigée portant sur le modèle logique, les objectifs spécifiques et le résumé du cadre d'évaluation du programme GB.

La collecte des données et l'analyse des données sont présentées de manière séquentielle afin de faciliter la compréhension de la démarche.

6.2.1 Collecte de données pour la consultation de la littérature scientifique

Dans un premier temps, une consultation de la littérature scientifique sur les conditions favorables à l'évaluation de programmes a été faite. Deux livres de référence ont été la base de ce travail : « Approches et pratiques en évaluation de programme » de Dagenais et Ridde (2009) ainsi que « L'évaluation : concepts et méthodes » de Brousselle, Champagne, Contandriopoulos et Hartz (2009). Afin de s'assurer que les informations soient complètes, une consultation des sites internet de la « Société canadienne d'évaluation de programme » et de la « Société québécoise d'évaluation de programme » a été faite. Cette étape a permis de conclure que le modèle logique, les objectifs du programme, les indicateurs et les outils de mesure devaient être identifiés afin de permettre l'élaboration du cadre d'évaluation.

6.2.2 Collecte de données pour l'étape de consultation des documents existants et pertinents du programme GB

Afin d'élaborer le modèle logique du programme GB certaines étapes étaient préalables pour atteindre cet objectif. Dans un premier temps, les documents existants du programme GB ont été consultés. Ensuite, une consultation de la littérature scientifique a été faite par rapport aux différentes problématiques rencontrées auprès de cette clientèle. Les recherches ont été effectuées sur la base de données MEDLINE. Les mots clés utilisés étaient ceux qui caractérisaient la problématique, par exemple « pain », accompagné du mot « burn ». Il était inscrit comme exclusion « child » étant donné que le programme s'adresse à une clientèle adulte. Les résumés des articles ont été consultés afin de cibler l'essence du texte. Les articles pertinents qui s'adressaient au type de clients du programme ont été sélectionnés.

6.2.3 Analyse des données pour l'étape de consultation des documents existants et pertinents du programme GB

Une étude des documents existants du programme GB de l'HRVM a été faite. Les documents retenus ont été ceux de la Programmation intégrée du CEPVBGOQ ainsi que les grilles d'évaluations des procédures. L'étude des documents consiste à faire de la recherche en analysant les documents pour mieux comprendre (Paillé, 2007). Un cadre conceptuel portant sur les différentes problématiques a été élaboré en se basant sur les articles qui avaient été retenus comme pertinents. Par la suite, en se basant sur la programmation intégrée du centre d'expertise et sur le cadre conceptuel établi, une première version du modèle logique a donc été élaborée en fonction des différents éléments retenus (ANNEXE D). Afin de répondre aux conditions favorables à l'évaluation de programmes, des objectifs du programme et des outils de mesure furent élaborés et des indicateurs identifiés. Dans un autre temps, une première version de tableaux comprenant les objectifs généraux, intermédiaires et spécifiques, les indicateurs et les outils de mesure ont été construits (ANNEXES E, F et G).

6.2.4 Collecte de données pour les étapes de consultation de l'équipe de recherche, des intervenants et des dirigeants

Les différentes étapes pour la collecte de données sont présentées en tableau pour faciliter la lecture. Puisque le projet comporte plusieurs étapes, cela fait en sorte de mieux comprendre les étapes faites.

Tableau 1 : Collecte de données pour les étapes de consultation pour validation (sur trois pages)

	Étapes de consultation pour validation		
	Étapes 1 : Validation du modèle logique, des objectifs, des indicateurs et des outils de mesure auprès de l'équipe de recherche	Étape 2 : Validation du but ultime, des objectifs du programme auprès des intervenants	Étape 3 : Validation du modèle logique, des objectifs et du cadre d'évaluation auprès des dirigeants
Moyen utilisé	L'entrevue semi dirigée a été privilégiée afin de valider les résultats obtenus par la recension des écrits, d'aller plus en profondeur dans les différents éléments et d'avoir le point de vue d'experts dans le domaine. En effet, l'entrevue permet « une interaction verbale entre des personnes qui s'engagent volontairement [...] afin de partager un savoir d'expertise, et ce, pour mieux dégager conjointement une compréhension d'un phénomène d'intérêt » (Savoie-Zajc, dans Gauthier, 2009, p. 339). Cette façon de procéder a permis de faire ressortir les éléments importants et a fait en sorte de stimuler la réflexion.	Le premier moyen retenu fut le groupe de discussion, dans un souci d'optimiser la démarche, d'optimiser le taux de réponse et de considérer les limites de la réalité clinique. Cette méthode de collecte de données a été privilégiée puisqu'elle permet une compréhension plus approfondie des réponses fournies et elle permet de vérifier si les participants ont une compréhension commune des questions posées (Geoffrion, dans Gauthier, 2009).	L'entrevue semi dirigée a été privilégiée. Des questions ouvertes ont été privilégiées pour favoriser l'exploration des différents termes abordés. Cette façon de procéder a permis aux dirigeants de s'exprimer sur les différents éléments. Cela a favorisé la réflexion pour recenser les différents besoins organisationnels en évaluation de programmes.
Construction des guides d'entrevue	Ce premier guide d'entrevue (ANNEXE H) a été construit dans le but de valider le modèle logique du programme, les objectifs ainsi que les indicateurs et outils de mesure s'y rattachant.	Ce deuxième guide de groupe de discussion (ANNEXE I) a été bâti dans le but de discuter du but ultime, des objectifs et de prendre en compte la réalité clinique.	Ce troisième guide (ANNEXE J) d'entrevue a été bâti dans le but de valider la compréhension du programme (le modèle logique et les objectifs) et de répondre à des besoins organisationnels réalistes en matière d'évaluation de programmes.
	Tous les guides ont été révisés par un lecteur neutre et expérimenté en évaluation de programmes pour orienter la démarche.		

Étapes de validation (suite)			
	Étapes 1 : Validation du modèle logique, des objectifs, des indicateurs et des outils de mesure auprès de l'équipe de recherche	Étape 2 : Validation du but ultime, des objectifs du programme auprès des intervenants	Étape 3 : Validation du modèle logique, des objectifs et du cadre d'évaluation auprès des dirigeants
Moment	Janvier 2013	Février 2013	Mars 2013
Déroulement	Afin d'optimiser la démarche, les documents suivants : les questions d'entrevue, le modèle logique et les tableaux d'objectifs, d'indicateurs et d'outils de mesure ont été envoyés avant la rencontre.	Cette démarche s'inscrivait dans un esprit participatif. En effet, la participation des intervenants était un élément important dans ce travail afin de vérifier la pertinence des objectifs poursuivis sur le terrain dans le programme. Elle se voulait également donner un espace pour critiquer et émettre des commentaires sur le travail.	L'étape de validation du modèle logique, des tableaux d'objectifs ainsi que le cadre d'évaluation ont été présentés aux dirigeants du programme. L'objectif cette étape est double. Il vise à valider la compréhension du programme et répondre à des besoins organisationnels réalistes en matière d'évaluation de programmes. En ayant leur appui décisionnel, cela fait en sorte d'apporter la dimension de réalisme à ce projet.
	Les entrevues ont été réalisées à l'HRVM et conduites par la même animatrice soit l'auteure de ce projet. La possibilité d'avoir un coanimateur a été écartée faute de disponibilité. Toutes les entrevues ont été enregistrées. En début d'entrevue, une autorisation verbale d'enregistrement audio a été demandée et obtenue de la part de chaque participant. L'enregistrement a facilité l'animation en allégeant la tâche de prise de notes. À l'aide des enregistrements et des notes prises lors des entrevues, les données ont été condensées et transcrites sous forme de compte-rendu.		
Durée de la rencontre	2h15	1h30	1h30

Étapes de validation (suite)			
	Étapes 1 : Validation du modèle logique, des objectifs, des indicateurs et des outils de mesure auprès de l'équipe de recherche	Étape 2 : Validation du but ultime, des objectifs du programme auprès des intervenants	Étape 3 : Validation du modèle logique, des objectifs et du cadre d'évaluation auprès des dirigeants
Participants	Tous les membres de l'équipe de recherche ont participé : la chercheure et l'assistante de recherche.	L'échantillon recherché devait représenter toutes les disciplines impliquées dans le programme GB afin d'avoir une vue d'ensemble. Les participants devaient travailler dans le programme depuis au moins un an afin d'avoir une expérience sur le terrain et de connaître le programme. Le nombre de représentants par discipline a été fixé à un, dans un souci de tenir compte de la possibilité réelle à se libérer pour participer à la rencontre. Le recrutement a été fait par la coordonnatrice du programme selon les disponibilités des intervenants. Au total, six intervenants des disciplines suivantes : ergothérapie, physiothérapie, service social, psychologie, médecine et soins infirmiers) ont participé. Comme la nutritionniste n'a pas pu être présente, elle a été contactée par courriel pour obtenir les objectifs de ces interventions auprès de la clientèle afin de voir s'ils concordaient avec ceux décrits dans le projet.	Tous les cadres sélectionnés avaient sous leur responsabilité le programme GB. La coordonnatrice du programme, la chef des services d'ergothérapie et de physiothérapie et le directeur des programmes et des services de réadaptation ont participé à cette rencontre. Il est à noter que malheureusement, la directrice de la qualité, de la performance et de l'innovation n'a pas pu être présente à cette rencontre. Également, au moment de la réalisation de cette entrevue il n'y avait pas de directeur des soins infirmiers qui occupait ce poste. Ainsi, ces deux aspects sont des limites de cet essai et sont davantage traités dans la section « discussion ».

6.2.5 Analyse des données des étapes de validation auprès des trois groupes

Une analyse de contenu des entrevues semi structurées et du groupe de discussion a été faite. Afin de faciliter cette démarche et de s'assurer d'une bonne compréhension des différents éléments, des synthèses à chacune des questions ont été faites tout au long des entrevues. Ensuite, toutes les entrevues ont été réentendues et des comptes rendus pour chacune des étapes ont été faits sur les différents éléments questionnés ou commentés. Une analyse des commentaires et des suggestions colligés ont été faites. L'analyse par questionnement analytique a également été utilisée. Un canevas d'investigation portant sur les conditions favorables à l'évaluation s'appuyant sur la consultation de la littérature a également été utilisé. Cette démarche a fait en sorte de stimuler et de poursuivre la réflexion du chercheur sur les différents éléments et d'apporter les modifications nécessaires au fur et à mesure que l'étude se déroulait.

6.2.6 Collecte de données pour l'étape de consultation des intervenants portant sur l'utilisation et les connaissances des outils de mesure susceptibles d'être utilisés auprès de la clientèle GB

Moyen utilisé

Un questionnaire portant sur les outils de mesure a été privilégié dans un souci d'optimiser la démarche, d'optimiser le taux de réponse et de considérer les limites de la réalité clinique. Cette démarche avait pour but de connaître les outils utilisés et de savoir dans quelle mesure les intervenants désirent avoir davantage d'information sur les outils pouvant être utilisés auprès de cette clientèle. Ces informations sont essentielles et importantes à obtenir dans le but d'élaborer un cadre d'évaluation de programme réaliste.

Élaboration des questionnaires

Les questionnaires ont été construits pour chacune des disciplines en tenant compte de la consultation de la littérature sur le sujet et des résultats obtenus de l'entrevue faite avec l'équipe de recherche. Les informations sont résumées à l'ANNEXE K. Tous les outils pouvant être pertinents pour chacune des disciplines ont été proposés. Les intervenants devaient cocher la ou les réponse(s) qui correspondent le mieux à l'utilisation et aux connaissances de chacun des outils proposés. Les choix de réponses étaient : « J'utilise cet outil dans ma pratique auprès des « grands brûlés. », « Je connais cet outil mais je ne l'utilise pas ou peu dans ma pratique. », « J'aimerais utiliser cet outil. »,

« J'aimerais avoir davantage d'information sur cet outil. », et/ou « Je ne connais pas cet outil et je ne souhaite pas avoir d'information. ». Les questionnaires ont été révisés par un lecteur neutre et expérimenté en évaluation de programmes pour orienter la démarche.

Échantillonnage

L'échantillon recherché devait représenter toutes les disciplines impliquées dans le programme GB afin d'avoir une vue d'ensemble. Les participants devaient avoir travaillé dans le programme depuis au moins un an afin d'avoir une expérience sur le terrain et de connaître le programme. Le nombre de représentants par discipline a été fixé à un, dans un souci de tenir compte de la réalité clinique. Le recrutement a été fait par la coordonnatrice du programme selon les disponibilités des intervenants. L'échantillon est le même que le groupe de discussion. Au total, sept intervenants des disciplines suivantes : ergothérapie, physiothérapie, service social, psychologie, médecine, soins infirmiers et nutrition ont participé.

Déroulement

Les questionnaires papier crayon ont été remis à la suite du groupe de discussion le 19 février 2013 et les intervenants avaient une semaine pour le compléter. Tous les questionnaires ont été remis avec une enveloppe cachetée pour le retour afin d'assurer une confidentialité des réponses de chacun.

6.2.7 Analyse des données pour l'étape de consultation des intervenants portant sur l'utilisation et les connaissances des outils de mesure susceptibles d'être utilisés auprès de la clientèle GB

Une analyse quantitative des réponses a été faite. Ensuite, des listes ont été élaborées. Une énumère les outils présentement utilisés dans le programme (ANNEXE L) et l'autre, les outils sur lesquels les intervenants souhaitent obtenir davantage d'information, c'est-à-dire qu'ils ne les connaissent pas, mais pour lesquels ils présentent un intérêt (ANNEXE M). Ces listes sont requises afin d'orienter le cadre d'évaluation, plus spécifiquement pour l'évaluation des effets du programme qui requiert l'utilisation d'outils cliniques.

6.2.8 Collecte de données portant sur le cadre d'évaluation pour l'étape de développement d'un cadre d'évaluation pour le programme GB

Moyens utilisés

Une consultation de la littérature portant sur l'élaboration d'un cadre d'évaluation et sur les différents types d'évaluation à inclure a été faite. Différentes sources ont été consultées soient : le glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation, les sites internet du « Secrétariat du Conseil du trésor », de la « Société canadienne d'évaluation de programme » et de la « Société québécoise d'évaluation de programme », les notes de cours du RÉA-113 en évaluation de programmes et le livre de Dagenais et Ridde (2009) « Approches et pratiques en évaluation de programme ». Puis, dépendamment des types d'évaluation traités, plusieurs auteurs ont été consultés et sont identifiés dans la section consultation de la littérature scientifique. Plus spécifiquement pour l'évaluation des effets, une consultation de l'équipe a été faite pour rendre cette démarche optimale. Ainsi, la question suivante : « Si vous aviez cinq mesures à prioriser pour l'évaluation des effets, quels indicateurs et quels outils de mesure choisiriez-vous ? » a été posée par questionnaire.

Élaboration du questionnaire

La question a été révisée par un lecteur neutre et expérimenté en évaluation de programmes.

Recrutement

Au total, neuf répondants ont participé : un représentant par disciplines impliquées dans le programme GB afin d'avoir une vue d'ensemble, la chercheuse ainsi que l'auteure de ce projet.

6.2.9 Analyse des données pour l'étape de développement d'un cadre d'évaluation pour le programme GB

Les types d'évaluation retenus ont été sélectionnés en se basant sur le cycle de vie du programme GB.

Pour la planification de l'évaluation des effets du programme, un tableau portant sur les indicateurs à privilégier pour l'évaluation des effets du programme a été réalisé afin de compiler les données des questionnaires (ANNEXE N). Certaines personnes ont indiqué plus de cinq outils, tous ont été retenus. Des catégories par thèmes ont été constituées afin

de regrouper les résultats. Les termes associés à chacune des catégories sont inscrits et le nombre de réponses en lien avec les catégories est indiqué.

6.3 Résumé du chapitre

Toutes ces étapes ont mené au produit final soit le cadre d'évaluation présenté en détail dans la section des résultats. Les types d'évaluation sélectionnés ont été choisis en se basant sur le cycle de vie du programme dans un souci de réalisme et de pertinence. Quatre types d'évaluation ont été retenus : celle des processus ou du fonctionnement, l'évaluation de la satisfaction, l'évaluation des extrants et l'évaluation des effets. Le cadre d'évaluation a été élaboré en tenant compte des résultats des étapes successives, ce qui en fait un produit spécifique qui cadre avec les besoins de l'établissement.

CHAPITRE 7 : RÉSULTATS

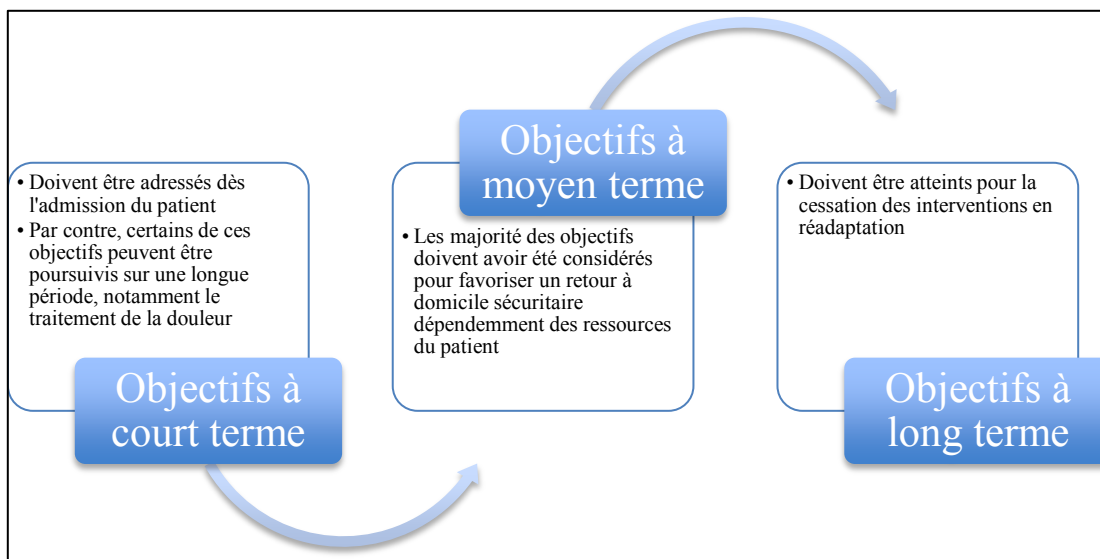
Les résultats des premières étapes de validation sont détaillés en annexe pour laisser place davantage au produit final. Par contre, il était pertinent de les inclure afin de suivre l'évolution et de s'y référer au besoin.

7.1 Résultats portant sur la consultation de la littérature scientifique et sur les documents existants du programme GB

Selon les résultats tirés de la littérature menant au cadre conceptuel et de la programmation intégrée du CEPVBGOQ, une première version du modèle logique a été faite (ANNEXE D). La présentation du modèle logique ne comblait pas les conditions préalables d'objectifs mesurables et celles d'identification d'indicateurs. Ainsi, une liste d'objectifs généraux, intermédiaires et spécifiques du programme a été confectionnée. Afin de rendre la démarche plus visuelle, trois tableaux ont ensuite été construits comprenant les objectifs du programme associés à chacun d'eux avec des indicateurs ainsi que les outils de mesure s'y rattachant (ANNEXES E, F et G). La première version des tableaux a comme objectif de prendre en considération la littérature scientifique ainsi que la programmation intégrée du centre d'expertise. Les tableaux d'objectifs ont été organisés en trois présentations distinctes. Le premier (ANNEXE E) fait référence aux objectifs à court terme, le deuxième (ANNEXE F) aux objectifs à moyen terme et le troisième (ANNEXE G) aux objectifs à long terme. Par « court, moyen et long terme », on fait référence, dans ce

contexte, à la séquence plutôt qu'à la durée. L'expression court terme n'équivaut pas nécessairement à une période de temps déterminée ; elle réfère à une logique de pensée établie selon une séquence (Dagenais et Ridde, 2009). Évidemment, les tableaux sont complémentaires et s'imbriquent les uns dans les autres selon les besoins individuels de chacun des patients tels qu'illustrés par le schéma qui suit. La figure suivante illustre bien la séquence expliquée.

Figure 6 : Séquence des objectifs du programme GB



7.2 Résultats portant sur l'entrevue avec l'équipe de recherche

L'entrevue avec l'équipe de recherche a fait en sorte de stimuler la réflexion et d'obtenir le point de vue d'experts dans le domaine afin d'arriver à un modèle logique ainsi qu'à des objectifs, indicateurs, et outils de mesure qui seraient idéaux au point de vue théorique. Ces informations recueillies peuvent donc servir de point de référence pour l'organisation en vue d'améliorer le programme. Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et séparés en trois sections : le modèle logique révisé (ANNEXE O), le tableau d'objectifs révisé (ANNEXE P) et des tableaux représentant les indicateurs et les outils de mesure à privilégier (ANNEXE Q). Les tableaux sur les indicateurs et les outils de mesure résument ce que l'équipe de recherche recommande considérant l'étape préalable de

consultation de la littérature ainsi que la consultation de l'outil de référence Burn Survivor Rehabilitation : Principles and Guidelines for the Allied Health Professional (2007).

7.3 Résultats portant sur le groupe de discussion avec les intervenants

Le groupe de discussion a mené à une troisième version de la formulation des objectifs du programme. Ainsi, une troisième version du modèle logique a été faite (ANNEXE R) et un tableau d'objectifs est proposé (ANNEXE S).

7.4 Résultats de l'étape de passation des questionnaires portant sur l'utilisation et les connaissances en lien avec des outils et instruments de mesure susceptibles d'être utilisés auprès de la clientèle

Les questionnaires portant sur l'utilisation et les connaissances en lien avec des outils et instruments de mesure susceptibles d'être utilisés auprès de la clientèle ont tous été complétés par les différents professionnels. Ces informations sont utiles pour obtenir à l'étape de la planification de l'évaluation des effets du programme. Un tableau représentant les outils utilisés par au moins un professionnel de la santé est présenté à l'ANNEXE L : 50 outils de mesure sont présentement utilisés dans le programme par au moins un thérapeute dans le programme.

Dans le but d'observer l'intérêt des professionnels face à différents outils de mesure une liste a été faite représentant les outils et instruments qu'au moins un intervenant aimerait utiliser (ANNEXE M). Au moins un des intervenants souhaiterait avoir des informations supplémentaires sur 32 outils ou instruments des 102 présentés (ANNEXE K).

Pour conclure cette section, plusieurs outils de mesure sont présentement utilisés par au moins un intervenant. De plus, la plupart des intervenants souhaiteraient avoir des informations sur différents outils cliniques pertinents auprès de cette clientèle. Ces deux observations associées l'une à l'autre font en sorte de faciliter la démarche évaluative du programme GB et plus spécifiquement pour l'évaluation des effets. Par contre, le biais de désirabilité sociale est possible dans ce cas-ci.

7.5 Résultats portant sur l'entrevue avec les dirigeants

L'entrevue avec les dirigeants a mené à une dernière version du modèle logique, à un dernier tableau d'objectifs ainsi qu'à un cadre d'évaluation permettant d'orienter la démarche évaluative en ce qui a trait au programme GB de l'HRVM. Le modèle logique et les résultats sont présentés dans les pages qui suivent.

7.5.1 Modèle logique du programme GB de l'HRVM (produit final)

But ultime	<ul style="list-style-type: none"> Favoriser une qualité de vie optimale, comparable à l'état antérieur, chez la personne ayant subi des brûlures graves
Cible	<ul style="list-style-type: none"> Adulte de seize ans et plus ayant subi des brûlures graves (ANNEXE T pour davantage de précisions), ou une réaction cutanée grave ou une condition nécessitant l'utilisation des ressources du CEPVBGOQ telles que des engelures ou des cicatrices hypertrophiques secondaires, et ses proches
Nature de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> Modèle de réadaptation / Approche globale centrée sur les besoins et les valeurs des clients / Approche interdisciplinaire
Objectifs généraux	<ul style="list-style-type: none"> Diminuer les signes et les symptômes physiques pour favoriser le bien-être et la récupération Améliorer les systèmes musculaire, squelettique, neurologique et cutané pour optimiser l'autonomie, pour favoriser le bien-être et la participation sociale Maximiser le développement des capacités physiques pour favoriser l'autonomie dans la réalisation des habitudes de vie Diminuer les symptômes psychosociaux pour favoriser le bien-être et une participation sociale optimale Maximiser l'autonomie dans les habitudes de vie pour favoriser une participation sociale optimale Maximiser le support et le soutien en favorisant la complémentarité des soins et des services offerts pour favoriser une participation sociale optimale
Ressources (intrants)	<ul style="list-style-type: none"> Temporelles: Période de réadaptation variant entre 3 mois à 4 ans post-brûlures, il n'y a pas de période maximale ou minimale au programme (selon l'évolution de chacun des clients) Matérielles: Ensemble des installations et appareillages de l'HRVM Informationnelles: Lois, documents des différents ordres professionnels, évaluations, plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, protocoles des interventions, programmation intégrée du CEPVBGOQ Humaines: Programme composé d'une équipe interdisciplinaire d'intervenants de 9 spécialités, du personnel d'encadrement et de soutien, d'une équipe de recherche et de partenaires (plasticiens, physiatres, orthopédistes, CHUM Hôtel Dieu, Entraide Grands Brûlés, Fondation des pompiers du Québec, Centre d'expertise de l'Est du Québec, organismes payeurs, CSSS desservant l'Ouest du Québec, fournisseurs, Centre de réadaptation Constance Lethbridge et Centre de réadaptation Lucie Bruneau)
Activités de production	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation, dépistage précoce, thérapie individuelle et de groupe, traitement pharmacologique, enseignement, plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, suivi, réunion de famille, soutien à l'intégration dans la communauté
Extrants	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de clients, nombre de thérapies par discipline, nombre de personnes qui ont complété le programme, nombre de personnes qui ont abandonné le programme, nombre d'heures cliniques en temps direct, nombre de clients suivi par discipline
Effets ciblés	<ul style="list-style-type: none"> Signes et symptômes physiques diminués, capacités physiques maximisées, symptômes psychosociaux diminués, autonomie dans les habitudes de vie maximisée, systèmes musculaire, squelettique, neurologique et cutané améliorés, participation sociale optimisée, support et soutien maximisés, qualité de vie optimisée
Effet hors cible	<ul style="list-style-type: none"> Sensibilisation aux conséquences des brûlures dans l'environnement de la personne

7.5.2 Tableau d'objectifs du programme GB (produit final)

OBJECTIFS GENERAUX					
Diminuer les signes et les symptômes physiques pour favoriser le bien-être et la récupération	Améliorer les systèmes musculaire, squelettique, neurologique et cutané pour optimiser l'autonomie, pour favoriser le bien-être et la participation sociale	Maximiser le développement des capacités physiques pour favoriser l'autonomie dans la réalisation des habitudes de vie	Diminuer les symptômes psychosociaux pour favoriser le bien-être et une participation sociale optimale	Maximiser l'autonomie dans les habitudes de vie pour favoriser une participation sociale optimale	Maximiser le support et le soutien en favorisant la complémentarité des soins et des services offerts pour favoriser une participation sociale optimale
OBJECTIFS INTERMEDIAIRES					
	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer l'épaisseur des cicatrices - Améliorer l'uniformité des cicatrices (aspect nodulaire) - Diminuer l'index d'érythème (vascularité) - Améliorer l'élasticité de la peau (souplesse) - Minimiser les atteintes sensitives de la peau (allodynie mécanique et hypoesthésie) 	Maximiser : <ul style="list-style-type: none"> - la distance de marche - la vitesse de marche - le niveau de tolérance à l'activité - le niveau d'endurance cardiorespiratoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la satisfaction de l'image corporelle - Améliorer la satisfaction envers la vie - Améliorer l'estime de soi - Améliorer le niveau de fonctionnement dans les habitudes de vie - Améliorer la satisfaction en égard aux cicatrices 	Maximiser la participation sociale dans les rôles sociaux reliés : <ul style="list-style-type: none"> - aux responsabilités - aux relations interpersonnelles - à la vie communautaire - à l'éducation - au travail - aux loisirs 	Assurer le support et le soutien: <ul style="list-style-type: none"> - en harmonisant et en favorisant la complémentarité des soins et des services offerts par les ressources externes (partenaires) - des soins et des services en communicant et en soutenant les professionnels de la région de la personne
OBJECTIFS SPECIFIQUES					
<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la qualité du sommeil - Diminuer les douleurs - Diminuer le prurit - Diminuer l'œdème - Favoriser un apport calorique adapté à la condition 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévenir les complications reliées aux troubles musculo-squelettiques et neurologiques et l'apparition des cicatrices pathologiques - Prévenir les plaies - Guérir les plaies le plus rapidement possible - Limiter le développement des cicatrices pathologiques 	Maximiser : <ul style="list-style-type: none"> - le développement de la force musculaire - les amplitudes articulaires (mouvements isolés et combinés) - le niveau d'équilibre - le développement de la dextérité manuelle - le développement des forces de préhension et des pinces - le niveau de fonction des régions atteintes 	Diminuer les symptômes : <ul style="list-style-type: none"> - de dépression - d'anxiété - de détresse - de stress post-traumatique 	Maximiser le développement des habitudes de vie reliées aux activités courantes : <ul style="list-style-type: none"> - aux communications - à la nutrition - à la condition corporelle - aux soins personnels (incluant les soins de santé) - aux déplacements - à l'habitation 	Assurer le support et le soutien: <ul style="list-style-type: none"> - en mobilisant, en impliquant, en soutenant et en informant la personne tout au long du processus de réadaptation - en mobilisant, en soutenant et en informant les proches tout au long du processus de réadaptation - en harmonisant et en favorisant la complémentarité des soins et des services offerts par les ressources internes

7.6 Résultats portant sur la question suivante : « si vous aviez cinq mesures à prioriser pour l'évaluation des effets, quels indicateurs et quels outils de mesure choisiriez-vous »

Des objectifs du programme, quatre ont été retenus pour une démarche évaluative réaliste. Ces objectifs ont été choisis en tenant compte des résultats des entrevues auprès de l'équipe de recherche, des intervenants et des dirigeants. La question suivante a été posée : « Si vous aviez cinq mesures à prioriser pour l'évaluation des effets, quels indicateurs et quels outils de mesure choisiriez-vous ? Un tableau réalisé afin de compiler les données est présenté à l'ANNEXE N. Ainsi, au total, neuf personnes ont répondu à cette question incluant les sept intervenants, l'équipe de recherche et l'auteure de ce projet. Certaines personnes ont indiqué plus de cinq outils et ils ont tous été retenus. Des catégories ont été compilées afin de regrouper les résultats. Les termes associés à chacune des catégories sont inscrits et le nombre de réponses en lien avec chacune des catégories est indiqué.

Des réponses recueillies, trois concepts principaux présentent un consensus sur leur importance pour l'évaluation des effets soient : la qualité de vie, la satisfaction quant à l'apparence des cicatrices et la douleur. Ces trois indicateurs sont ainsi recommandés à prendre en considération pour l'évaluation des effets du programme. L'autre concept, soulevé à quatre reprises, donc jugé important, est celui de la reprise des activités antérieures. L'équipe de dirigeants, a également soulevé que le concept de participation sociale est important pour l'évaluation des effets du programme puisqu'il est en lien avec la mission de l'HRVM. Ainsi, l'évaluation de la reprise de la participation sociale est également à prioriser. Donc, les quatre indicateurs retenus sont : la qualité de vie, la douleur, la satisfaction en égard aux cicatrices et le niveau de participation sociale.

7.7 Résultats portant sur le cadre d'évaluation du programme GB

7.7.1 Types d'évaluations pertinents à inclure dans le cadre d'évaluation du programme GB de l'HRVM

L'ensemble du processus évaluatif vise l'amélioration continue du programme, en soutenant le changement. La démarche évaluative a pour fin de rendre compte des résultats des activités du programme et d'alimenter les dirigeants et les intervenants dans le but de faire évoluer le programme et de permettre le développement d'une culture évaluative. Ce

cadre d'évaluation planifie les évaluations : du fonctionnement, des extrants, de la satisfaction de la clientèle et des effets dans un souci de réalisme. En effet, si aucune démarche ne peut être réalisée par la suite, pourquoi faire une évaluation? Le cadre d'évaluation élaboré aide à planifier l'évaluation du programme GB de l'HRVM. Il identifie les types d'évaluation à privilégier ainsi que les moyens pour la collecte de données.

Le tableau qui suit résume les types d'évaluation retenus, les approches préconisées, les questions relatives aux évaluations ainsi que la fonction visée par chacune des évaluations. Certaines questions ont été privilégiées afin de rendre la démarche plus réaliste. Évidemment d'autres questions pourraient être pertinentes. Les dirigeants ont approuvé le cadre d'évaluation proposé lors de l'entrevue semi dirigée.

Tableau 2 : Types d'évaluation, approche privilégiée, questions et fonction

Type d'évaluation	Approche privilégiée	Question(s)	Fonction
Évaluation du fonctionnement	Approche participative	Les activités et les services sont-ils conformes à la planification ? Quelles sont les forces et les faiblesses du programme GB? L'organisation du travail fonctionne-t-elle de manière satisfaisante et optimale? Comment améliorer le fonctionnement du programme GB ? Dans quelle mesure les intervenants en région sont-ils satisfaits des formations offertes et du soutien offert ?	Formative
Évaluation des extrants	Approche axée sur la théorie du programme	Quels sont les résultats opérationnels du programme GB?	Sommative
Évaluation de la satisfaction de la clientèle	Approche axée sur la théorie du programme	Dans quelle mesure les clients sont-ils satisfaits du programme GB ? Dans quelle mesure les proches immédiats des grands brûlés clients sont-ils satisfaits du programme GB ?	Sommative
Évaluation des effets	Approche axée sur la théorie du programme	Dans quelle mesure le programme permet-il de: « favoriser une qualité de vie optimale, comparable à l'état antérieur, chez la personne ayant subi des brûlures graves »? Dans quelle mesure le programme permet-il de: « diminuer les douleurs chez la personne ayant subi des brûlures graves » ? Dans quelle mesure le programme permet-il d' « améliorer la satisfaction en égard aux cicatrices chez la personne ayant subi des brûlures graves »? Dans quelle mesure le programme permet-il d': « améliorer la participation sociale chez la personne ayant subi des brûlures graves »?	Sommative

Ensuite, afin de préciser la démarche évaluative et de l'orienter, des matrices de questions pour chacun des types d'évaluation ciblés sont présentées. Afin de répondre aux questions posées, les dimensions, les indicateurs et les méthodes de collecte et de traitement des données sont proposés selon chacune des évaluations retenues dans les prochains tableaux.

Tableau 3 : Matrice de questions pour l'évaluation des processus ou du fonctionnement (tableau sur trois pages)

Question(s) d'évaluation	Dimension(s)	Indicateur(s)	Source(s)	Méthode(s) de collecte / Outil(s)	Méthode(s) de traitement
PREMIERE PHASE Les activités et les services sont-ils conformes à la planification ?	- Demande d'admission, traitement des demandes - Accueil du client - Admission du client	- Nombre et nature des demandes - Nombre et caractéristiques des refus - Délais d'acceptation des demandes - Nombre de clients admis - Nombre d'inscriptions faites - Nombre d'évaluations d'admissions complétées - Délais d'admission du client selon chacune des disciplines	- Demande de service inter établissement (DSIE) - Documents descriptifs, administratifs et de gestion (Service archive-accueil, coordonnatrice du programme) - Dossier médical	Analyse documentaire : grille d'analyse des procédures des processus d'admission (ANNEXE U ¹)	- Analyse de contenu - Analyse statistique - Triangulation des données
	- Prise en charge disciplinaire - Évaluation du client - Traitements offerts par les différentes disciplines requis dans le dossier	- Nombre d'évaluation complétée par discipline - Délais de prise en charge dans chacune des disciplines - Nombre d'heures de traitements directs offerts dans chacune des disciplines	- Requêtes par discipline - Formulaire d'évaluation par discipline - Système informatique GAP (statistiques des intervenants) - Dossier médical	Analyse documentaire : grille d'analyse des procédures des processus d'évaluation ANNEXE W ²)	- Analyse de contenu - Analyse statistique - Triangulation des données
	Réunion interdisciplinaire	- Nombre et participants aux plans d'intervention interdisciplinaires individualisés (PIII) - Fréquence des réunions interdisciplinaire par client - Nature et caractéristiques des PIII	- Dossier médical (formulaire des plans PIII) - Système informatique GAP (statistiques des intervenants)	Analyse documentaire : grille d'analyse des procédures des rencontres interdisciplinaire (ANNEXE X ³)	- Analyse de contenu - Analyse statistique - Triangulation des données
	Demande d'un suivi conjoint en région	- Nombre et caractéristiques des demandes faites en région - Délais de prise en charge dans chaque discipline	- Documents descriptifs, administratifs et de gestion (formulaire de requête en région, feuille de suivi en région) - Coordonnateur du programme et intervenants	Analyse documentaire : grille d'analyse des procédures des demandes d'un suivi en région	- Analyse de contenu - Analyse statistique - Triangulation des données

¹ Autorisation pour utilisation et diffusion de renseignements donnée et fournie par l'établissement, présentée à l'ANNEXE V.

² Idem.

³ Idem.

Question(s) d'évaluation	Dimension(s)	Indicateur(s)	Source(s)	Méthode(s) de collecte / Outil(s)	Méthode(s) de traitement
PREMIERE PHASE Les activités et les services sont-ils conformes à la planification ? (suite)	Planification du congé et congé	- Nombre et caractéristiques des clients ayant reçu leur congé	- Système informatique GAP (statistiques des intervenants) - Intervenants	Analyse documentaire : grille d'analyse des procédures de la planification du congé pour les personnes victimes de brûlures graves (ANNEXE Y ⁴)	- Analyse de contenu - Analyse statistique - Triangulation des données
	Formation des intervenants en région	- Nombre de formations officielles offertes - Nombre de formations « informelles » offertes - Contenu des formations	- Document administratif portant sur la compilation des formations de chaque discipline - Intervenants - Plan des formations offertes, guide offert	Analyse documentaire : grille d'évaluation de formation	- Analyse statistique - Analyse de contenu - Triangulation des données
	Formation continue des intervenants	- Nombre d'heures de formation des intervenants (individuellement et par discipline) - Nombre des formations - Contenu des formations	- Système informatique GAP (statistiques des intervenants) - Document administratif portant sur la recension des formations et leurs caractéristiques - Intervenants - Plan des formations	- Entrevue individuelle - Questionnaire papier crayon	- Analyse statistique - Analyse de contenu - Triangulation des résultats
	Formation des stagiaires	- Nombres d'heures de formation par stagiaires - Nombre et caractéristiques des stagiaires par discipline	- Système informatique GAP (statistiques des intervenants) - Documents administratifs compilant la recension des stagiaires - Documents administratifs provenant des universités	Analyse documentaire : grille d'évaluation des procédures ; Accueil et suivi des étudiants	- Analyse statistique - Analyse de contenu - Triangulation des résultats
DEUXIEME PHASE Quelles sont les forces et les faiblesses du programme GB ?	Forces	- Nature et importance relative des forces	- Documents descriptifs, administratifs et de gestion - Gestionnaires et intervenants	- Groupe de discussion ou questionnaire papier crayon - Analyse documentaire	- Analyse de contenu - Analyse statistique - Triangulation des données
	Faiblesses	- Nature et importance relative des faiblesses	- Documents descriptifs, administratifs et de gestion - Gestionnaires et intervenants	- Groupe de discussion ou questionnaire papier crayon - Analyse documentaire	- Analyse de contenu - Analyse statistique - Triangulation des données

⁴ Autorisation pour utilisation et diffusion de renseignements donnée et fournie par l'établissement, présentée à l'ANNEXE V.

Question(s) d'évaluation	Dimension(s)	Indicateur(s)	Source(s)	Méthode(s) de collecte / Outil(s)	Méthode(s) de traitement
L'organisation du travail fonctionne-t-elle de manière satisfaisante et optimale ?	- Interdisciplinarité - Par discipline	- Niveau de satisfaction des employés - Niveau de satisfaction des gestionnaires - Caractéristiques et nombre des problèmes - Facteurs facilitants	- Intervenants - Gestionnaires	- Groupe de discussion ou questionnaire papier crayon	- Analyse de contenu - Analyse statistique - Triangulation des données
Comment améliorer le fonctionnement du programme ?	- Interdisciplinarité - Par discipline - Administratif	- Niveau d'organisation du travail - Facteurs facilitants	- Intervenants - Gestionnaires	- Groupe de discussion ou questionnaire papier crayon	- Analyse de contenu - Analyse statistique - Triangulation des données
Dans quelle mesure les intervenants en région sont satisfaits des formations et du soutien offerts ?	Formations directes	- Niveau de satisfaction	- Intervenants participants à la formation	- Questionnaire papier crayon	- Analyse de contenu - Analyse statistique - Triangulation des données
	Formations indirectes (soutien)		- Intervenants en région	- Questionnaire électronique ou entrevue téléphonique	

Tableau 4 : Matrice de questions pour l'évaluation des extrants

Question(s) d'évaluation	Dimension(s)	Indicateur(s)	Source(s)	Méthode(s) de collecte	Méthode(s) de traitement
Quels sont les résultats opérationnels du programme GB?	Clients	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'admissions dans le programme - Nombre moyen de lits occupés dans l'année - Durée moyenne de séjour à l'hospitalisation - Caractéristiques des clients - Nombre de thérapies par discipline - Nombre de clients qui ont complété le programme - Nombre de clients qui ont abandonné le programme - Nombre d'heures cliniques en temps direct / temps indirect - Nombre de clients suivis par discipline - Nombre de présences aux réunions interdisciplinaires - Durée moyenne dans le programme 	<ul style="list-style-type: none"> - Données informatiques relatives aux statistiques des intervenants - Dossier du client 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Évaluations et fiches dans le dossier du client 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyses statistiques - Analyse de contenu - Triangulation des résultats
	Proches	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et caractéristiques des proches - Nombre de présences en thérapie - Nombre d'enseignements faits - Nombre de présences aux réunions interdisciplinaires - Nombre de thérapies de soutien - Nombre de présences aux rencontres d'information 	<ul style="list-style-type: none"> - Données informatiques relatives aux statistiques des intervenants - Dossier du client 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Évaluations et fiches dans le dossier du client 	
	Intervenants	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et caractéristiques des intervenants - Nombre d'années d'expérience dans le programme 	<ul style="list-style-type: none"> - Données professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> - Fiche des intervenants - Portfolio professionnel 	
	Publication	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de publications - Caractéristiques 	<ul style="list-style-type: none"> - Équipe de recherche - Publication (article, poster, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire 	
	Recherche	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de participants à chacune des recherches cliniques - Nombre d'heures cliniques de collaboration avec la recherche clinique - Nombre et caractéristiques des recherches en cours 	<ul style="list-style-type: none"> - Équipe de recherche - Données informatiques relatives aux statistiques des intervenants - Résumés présentant la description des différentes recherches 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse documentaire - Résultats des recherche 	
	Collaboration avec les partenaires	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de participations à des projets communs - Caractéristiques des projets communs - Nombre et nature des réunions en collaboration 	<ul style="list-style-type: none"> - Résumés présentant la description des différents projets en commun - Données informatiques relatives aux statistiques des intervenants - Compte-rendu des réunions 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyses documentaire 	

Tableau 5 : Matrice de questions pour l'évaluation de la satisfaction de la clientèle

Question(s) d'évaluation	Dimension(s)	Indicateur(s)	Source(s)	Méthode(s) de collecte	Méthode(s) de traitement
<p>Dans quelle mesure les clients sont satisfaits du programme GB ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Accueil, admission - Évaluation - Prise en charge dans chacune des disciplines - Traitements et soins reçus (de façon générale et dans chacune des disciplines) - Support et accompagnement - Documentation, information - Support des proches - Implication dans le processus (participation aux prises de décisions) - Respect, gentillesse, écoute, professionnalisme des intervenants 	<p>Niveau de satisfaction</p>	<p>Clients et/ou proches</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de discussion ou questionnaire papier crayon ou questionnaire téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse de contenu - Analyses statistiques - Triangulation des résultats
<p>Dans quelle mesure les proches immédiats des GB clients sont-ils satisfaits du programme GB ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Support, soutien et accompagnement - Documentation, information - Implication dans le processus - Respect, gentillesse, écoute, professionnalisme des intervenants - Sentiment d'être impliqué - Enseignement nécessaire reçu 	<p>Niveau de satisfaction</p>	<p>Proches</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Groupe de discussion ou questionnaire papier crayon ou questionnaire téléphonique 	<ul style="list-style-type: none"> - Analyse de contenu - Analyse statistique - Triangulation des données

Tableau 6 : Matrice de questions pour l'évaluation des effets

Question(s) d'évaluation	Dimension(s)	Indicateur(s) et outil(s)	Critère(s), cible(s)	Source(s)	Méthode(s) de collecte	Méthode(s) de traitement
Dans quelle mesure le programme permet-il de : « favoriser une qualité de vie optimale, comparable à l'état antérieur, chez la personne ayant subi des brûlures graves »?	Qualité de vie	<u>Indicateur</u> : Niveau de qualité de vie <u>Outil suggéré</u> : Burn Specific Health Scale (questionnaire)	Il est suggéré que les cibles soient fixées en équipe interdisciplinaire incluant le client et/ou ses proches selon l'état actuel et antérieur de chacun des clients.	Intervenants pour la passation des différents outils	Passation du questionnaire à des périodes fixes tout au long du processus de réadaptation et à la fin de cette dernière	- Analyse de contenu - Analyse statistique
Dans quelle mesure le programme permet-il de : « diminuer les douleurs » ?	Douleur	<u>Indicateur</u> : Niveau de douleur <u>Outil suggéré</u> : Questionnaire Saint-Antoine de la douleur				
Dans quelle mesure le programme permet-il d' : « améliorer la satisfaction en égard aux cicatrices » ?	Satisfaction en égard aux cicatrices	<u>Indicateur</u> : Niveau de satisfaction en égard aux cicatrices <u>Outil suggéré</u> : Satisfaction With Appearance Scale (SWAP) Note: Il est à noter que cet outil n'est pas utilisé présentement dans le programme, par contre, les intervenants souhaitent avoir des informations sur cet outil. Il sera à confirmer avec les intervenants que l'outil est pertinent.				
Dans quelle mesure le programme permet-il d' : « améliorer la participation sociale » ?	Participation sociale	<u>Indicateur</u> : Niveau de participation sociale <u>Outils suggérés</u> : MHAVIE ou MCRO Note: Il est à noter que ces outils ne sont pas utilisés d'ambly présentement dans le programme, par contre, les intervenants souhaitent avoir des informations sur ces outils. Il sera à confirmer avec les intervenants que l'outil choisi est pertinent.				

7.7.2 Aspects éthiques

Le cadre d'évaluation est conforme aux valeurs et aux principes éthiques de l'établissement, notamment ceux de la franchise, du respect, de la liberté d'accepter ou de refuser et d'informer. Le code d'éthique est présenté à l'ANNEXE Z⁵ pour de plus amples détails. Au moment des évaluations de la satisfaction et des effets, ces démarches devront être préalablement approuvées par le comité d'éthique de l'HRVM afin de s'assurer du respect de l'éthique et l'adoption des mesures requises tel l'élaboration d'un formulaire de consentement. En effet, toutes les informations qui seront colligées et traitées devront respecter la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*. Le tableau suivant résume certains éléments sur l'éthique qui doivent être respectés.

Tableau 7 : Aspects éthiques à considérer lors de l'évaluation de programmes

Aspects	Éthique suggérée
Groupe de discussion, entrevue individuelle	L'utilisation d'enregistreuse doit être préalablement approuvée par tous les participants. L'évaluateur doit détruire les enregistrements à l'intérieur d'une période de 30 jours suivant l'approbation du rapport final d'évaluation. Seuls l'évaluateur et les personnes qui l'assistent, ayant préalablement signé un engagement à la confidentialité professionnelle, ont l'autorisation d'écouter les enregistrements (Cadre d'évaluation du programme national de santé publique, 2009).
Questionnaire téléphonique	Les informations colligées dans le cadre du questionnaire téléphonique servent exclusivement aux fins annoncées par la présente évaluation. Le principe du volontariat doit toujours primer (<i>Ibid.</i>).
Formulation du rapport	<ul style="list-style-type: none"> - Si des extraits sont présentés, le brouillage des indicateurs de sexe, de diagnostic et des mots ou des phrases pouvant conduire à l'identification des personnes est assuré. Les noms et les prénoms présentés dans le rapport sont fictifs (<i>Ibid.</i>). - Dans une démarche participative, il est proposé à ce que les personnes qui y ont participé puissent s'approprier facilement les résultats (Dagenais et Ridde, 2009).
Entreposage des données	Tous les éléments recueillis sont entreposés dans un endroit barré où seulement les personnes autorisées peuvent y avoir accès (Cadre d'évaluation du programme national de santé publique, 2009).
Traitement des données	En raison des diagnostics précis et du petit nombre de personnes interviewées les données, les résultats présentés et les interprétations sont faits globalement.

⁵ Autorisation pour utilisation et diffusion de renseignements donnée et fournie par l'établissement, présentée à l'ANNEXE V.

La Société canadienne d'évaluation de programme a émis des lignes directrices en matière d'éthique s'adressant aux évaluateurs et portant sur les trois éléments suivants : la compétence, l'intégrité et l'imputabilité. (Site internet Société canadienne d'évaluation de programme). Il est proposé de les consulter lors de la mise en œuvre de la démarche évaluative.

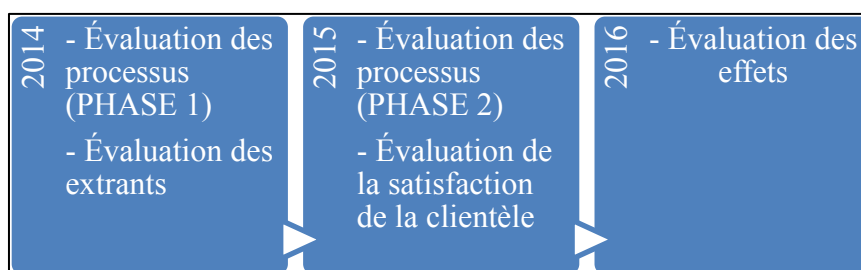
7.7.3 Optimisation de l'application de la démarche évaluative

Le cadre d'évaluation implique la planification et la réalisation d'un ensemble d'actions auprès de multiples acteurs. Étant donné qu'il n'y a pas d'évaluateur spécifique à l'interne, il est proposé que les différentes actions soient partagées ou dédiées à des acteurs spécifiques que les dirigeants pourront identifier s'ils veulent poursuivre cette démarche évaluative. Pour assurer son succès, il est proposé qu'un directeur ou qu'une directrice spécifique en assume la responsabilité du processus et que celle-ci assure la réalisation des tâches suivantes :

- « la mise en place et la coordination des travaux [...] d'évaluation ;
- l'élaboration des outils de mesure ;
- la collecte des données pertinentes tout en optimisant la validité interne et externe du processus ;
- le traitement et les analyses nécessaires et utiles à la prise de décision ;
- l'interprétation et la rédaction des rapports d'évaluation (rapports intermédiaires et rapport final) ;
- la diffusion ainsi que le suivi des résultats de l'évaluation » ; (Cadre d'évaluation du programme national de santé publique, 2009, p.9)
- la révision des besoins évaluatifs du programme.

Afin de débiter la démarche évaluative, une stratégie d'évaluation du programme est proposée pour la réalisation des différents types d'évaluation retenus. Dans un souci de réalisme et d'applicabilité, elle tient compte des autres évaluations de type agrément. La figure suivante résume bien les étapes recommandées :

Figure 7 : Séquence d'évaluation du programme GB proposée incluant les quatre types d'évaluation retenus



7.7.4 Estimation des ressources pour l'application de la démarche évaluative

Une estimation des ressources humaines a été faite dans le but d'orienter la démarche. Elle est mentionnée à titre de référence. La majorité des étapes évaluatives proposées peuvent être complétées par des ressources à l'interne de l'organisation puisqu'elles s'intègrent dans une démarche d'amélioration de la qualité. Par contre, il est suggéré qu'une portion concernant l'évaluation des effets soit confié à des ressources externes.

Tableau 8 : Estimation des ressources pour l'évaluation du processus (Phase 1)

Étapes	Activités	Direction	Personnel à l'interne
Construction des outils	Élaboration des outils : - Grille d'analyse des procédures ; demande d'un suivi en région - Grille d'évaluation de formation - Questionnaire et entrevue individuelle pour la formation continue des intervenants	x	
	Validation des outils	x	x
	Pré-test des outils : grille d'analyse des contenus et grilles d'animation	x	
Collecte et analyse de données	Recension des documents et de données administratives	x	x
	Analyse de contenu des documents et de données administratives	x	
	Passation des grilles d'analyse des procédures		x
	Passation des questionnaires et entrevue individuelle pour la formation continue des intervenants	x	
	Analyse, synthèse et triangulation des résultats	x	
	Validation des résultats et de leur interprétation	x	
Rapport préliminaire (formatif)	Écriture du rapport préliminaire	x	
	Validation du rapport préliminaire	x	
	Diffusion du rapport préliminaire	x	

Tableau 9 : Estimation des ressources pour l'évaluation des extrants

Étapes	Activités	Direction	Personnel à l'interne
Construction des outils	Élaboration des outils : grille d'analyse, grille des différentes caractéristiques à inclure et tableau de compilation (caractéristiques et données en chiffre)	x	
	Validation des outils	x	x
	Pré-test des outils : grille d'analyse des contenus et grille des différentes caractéristiques	x	
Collecte et analyse de données	Recension des documents et des données administratives	x	x
	Analyse de contenu des documents et de données administratives	x	
	Réalisation des tableaux	x	x
	Analyse, synthèse et triangulation des résultats	x	
Rapport intermédiaire	Écriture du rapport intermédiaire	x	
	Validation du rapport intermédiaire	x	
	Diffusion du rapport intermédiaire	x	

Tableau 10 : Estimation des ressources pour l'évaluation du processus (Phase 2) (sur deux pages)

Étapes	Activités	Direction	Personnel à l'interne
Construction des outils	Élaboration des outils : - Groupe de discussion ou questionnaire papier crayon : nature et importance des forces et des faiblesses / organisation du travail et fonctionnement - Questionnaire et entrevue individuelle sur l'amélioration du fonctionnement du programme - Questionnaire papier crayon sur la satisfaction des intervenants en région pour le volet des formations directes - Questionnaire électronique ou entrevue téléphonique sur le soutien offert aux intervenants en région	x	
	Validation des outils	x	x
	Pré-test des outils : grille d'animation, questionnaire papier crayon, entrevue téléphonique, questionnaire électronique, grille d'analyse des contenus	x	
Collecte et analyse de données	Recension des documents et des données administratives	x	x
	Analyse de contenu des documents et de données administratives	x	
	Réalisation des groupes de discussion	x	

Étapes	Activités	Direction	Personnel à l'interne
Collecte et analyse de données (suite)	Administration des questionnaires	x	x
	Réalisation des entretiens téléphoniques	x	x
	Administration du questionnaire électronique	x	x
	Analyse, synthèse et triangulation des résultats	x	
Rapport intermédiaire	Écriture du rapport intermédiaire	x	
	Validation du rapport intermédiaire	x	
	Diffusion du rapport intermédiaire	x	

Tableau 11 : Estimation des ressources pour l'évaluation de la satisfaction de la clientèle

Étapes	Activités	Direction	Personnel à l'interne
Construction des outils	Élaboration des outils : - Groupe de discussion ou questionnaire papier crayon ou questionnaire téléphonique portant sur la question suivante : « Dans quelle mesure les clients sont satisfaits du programme GB ? » - Groupe de discussion ou questionnaire papier crayon ou questionnaire téléphonique portant sur la question suivante : « Dans quelle mesure les proches immédiats des GB clients sont-ils satisfaits du programme GB ? »	x	
	Validation des outils	x	x
	Pré-test des outils : grille d'animation, questionnaire papier crayon, questionnaire téléphonique, grille d'analyse des contenus	x	
Collecte et analyse des données	Recension des documents et des données administratives	x	x
	Analyse, synthèse et triangulation des résultats	x	x
Rapport intermédiaire	Écriture du rapport intermédiaire	x	
	Validation du rapport intermédiaire	x	
	Diffusion du rapport intermédiaire	x	

Tableau 12 : Estimation des ressources pour l'évaluation des effets

Étapes	Activités	Direction	Intervenants	Res-sources externes
Construction des outils	Élaboration de l'outil de la grille de compilation des résultats			x
Collecte et analyse des données	Passation des outils cliniques tout au long du processus de réadaptation et à la fin de cette dernière		x	
	Analyse, synthèse et triangulation des résultats			x
Rapport (en lien avec l'évaluation des effets)	Écriture du rapport			x
	Validation du rapport	x		x
	Diffusion du rapport	x		
Rapport final du processus évaluatif qui conclut les évaluations	Écriture du rapport final	x		
	Validation du rapport final	x		
	Diffusion du rapport final	x		

7.8 Conclusion portant sur le cadre d'évaluation

Finally, le cadre propose un ensemble d'évaluations permettant de répondre à différents besoins. Il a été conçu dans l'optique d'une amélioration continue du programme. Ces propositions se veulent être un guide auquel une référence pourra être faite. Le cadre d'évaluation devra être adapté dépendamment du contexte organisationnel, des ressources allouées à la démarche évaluative, des priorités organisationnelles et des besoins des dirigeants.

CHAPITRE 8 : DISCUSSION

Ce chapitre se compose de trois sections. Les principaux constats qui se dégagent de l'analyse des résultats font l'objet de la première section. Puis, une discussion soulignant notamment les forces et les limites du projet est proposée. Finalement, les retombées et suggestions de cet essai sont décrites.

8.1 Principaux constats du projet

La démarche utilisée dans cet essai soit celle d'élaborer un modèle logique, des objectifs mesurables et un cadre d'évaluation en consultant différents groupes (l'équipe de recherche, les intervenants et les dirigeants) en se souciant de l'aspect de la réalité du

terrain, se rapproche de ce qui est rapporté dans certaines études portant sur l'évaluation. Par exemple, une étude portant sur le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) de Mercer et Goel (1994) précise qu'il est actuellement impossible de procéder à une évaluation des objectifs atteints étant donné que les responsables n'ont pas déterminé les objectifs du programme pouvant permettre la mise au point d'indicateurs. Ainsi, dans cette étude la formulation des objectifs est aussi un élément crucial à l'évaluation de programmes. Elle doit être une étape préalable à une démarche évaluative. Dans ce contexte, les tableaux d'objectifs, les indicateurs et outils de mesure présentés dans cet essai sont des informations essentielles à obtenir avant de prévoir une évaluation de programme.

Une autre étude, celle de Meeres, Fisher et Gerrard (1995) a analysé la faisabilité de l'évaluation d'un programme nommé le Rural Quality of Life (RQL). Cette analyse a déterminé que la structure du programme et la description de ses activités et de ses objectifs avaient besoin d'éclaircissements supplémentaires avant toute autre considération. Les recommandations ont porté sur une meilleure élaboration du programme et sur la planification des évaluations futures. Plus spécifiquement, l'étude recommande notamment les deux éléments suivants : 1) une description du programme tel qu'il existe dans la réalité et 2) une formulation claire, réaliste et mesurable des objectifs du programme. Ainsi, les conditions préalables identifiées dans cet essai et pour le cadre d'évaluation, qui planifient les futures évaluations, ont aussi été des éléments pris en considération pour assurer l'élaboration d'une démarche évaluative optimale.

Une étude de Poon , Wing-sea Leung, Louie et Vergel de Dios (2013) portant sur un partenariat gouvernemental visant, l'évaluation de programmes dentaires de la petite enfance en Colombie-Britannique explique, que la mise au point d'un modèle logique provincial s'est avéré un outil efficace pour intégrer les variations régionales. Cette étude met en évidence que le modelage logique favorise les caractéristiques suivantes :

- présente la documentation du programme;
- fait une boucle de rétroaction concernant la validité;
- fournit des moyens de collaboration entre les différents niveaux de

l'organisme, et

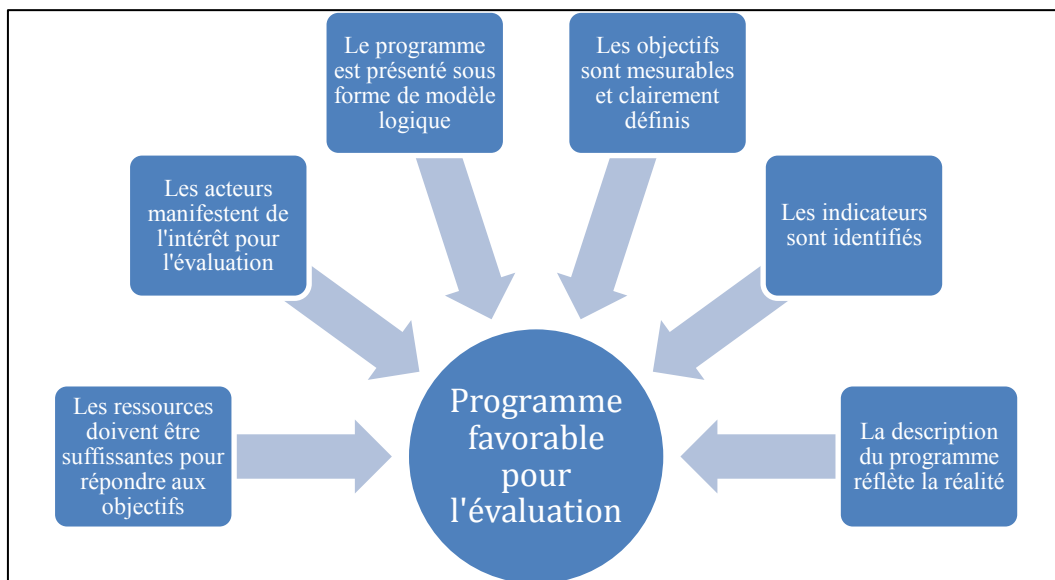
- sert de forum de prise de décision pour les instances.

Newman (1983, dans Blais, 1986) précise qu'il faut rechercher la collaboration des personnes concernées par l'évaluation d'un programme, non seulement pour une question éthique, mais aussi pour assurer la survie du projet évaluatif, sa qualité et la fiabilité qui en dépendent. La démarche préconisée dans ce projet de valider les différentes étapes auprès de l'équipe de recherche, des intervenants et des dirigeants est donc une façon de considérer cet aspect essentiel et est recommandé pour les études futures. D'ailleurs, il pourrait être pertinent, dépendamment des programmes, d'inclure les participants du programme afin de tenir compte de leur point de vue.

Les éléments retrouvés dans les autres études correspondent donc avec la démarche faite dans cet essai. Premièrement, pour évaluer un programme, des conditions nécessaires doivent être en place. Elles sont présentées dans le schéma qui suit.

Figure 8 : Schéma présentant les conditions favorables à l'évaluation de programmes

Ensuite, l'implication des personnes concernées par l'évaluation de programme est



un élément important et déterminant pour les résultats d'une évaluation de programme. Puis, la planification de cette évaluation est déterminante. Une étude portant sur les décisions concernant l'allocation des ressources des équipes de direction dans les organisations de services de santé au Canada de Smith, Mitton, Donaldson, Bryan et

Peacock (2013), démontre que l'évaluation est un aspect négligé. Ainsi, afin d'optimiser les évaluations, un cadre d'évaluation fixant les priorités organisationnelles maximisera la portée de la démarche évaluative.

8.2 Forces et limites du projet

Cette section décrit les principales forces et limites de ce projet.

8.2.1 Forces

Le projet a été mené en essayant de maximiser les ressources et les opportunités. Tout d'abord, la consultation de la littérature et des documents pertinents du programme amène une objectivité au projet. Les étapes de validation auprès des trois groupes cibles (l'équipe de recherche, les intervenants et les dirigeants) ont été faites pour valider la théorie du programme, la représentation de la réalité du terrain, la compréhension du programme et les besoins de l'organisation en lien avec l'évaluation du programme GB. Cette implication des différents acteurs à différents niveaux organisationnels en lien avec le programme GB est un atout pour l'appropriation des différents éléments présentés et permet une amorce pour une éventuelle démarche évaluative. Cet élément peut venir influencer la condition favorable pour l'évaluation de programmes suivante : « Les acteurs manifestent de l'intérêt pour l'évaluation ». Cette démarche de consultation a permis la triangulation des sources et des données tout en renforçant la crédibilité du projet.

Ensuite, l'élaboration de matériel (le modèle logique et le tableau d'objectifs) permet de répondre à certaines conditions favorables à l'évaluation de programmes. D'ailleurs, deux forces de ce projet sont la schématisation du programme GB en modèle logique et la présentation du tableau d'objectifs qui sont des outils de communication pertinents pour le programme. Ils facilitent une compréhension globale du programme et permet de rendre explicite la théorie du programme sous-jacente. Cela fait donc en sorte de favoriser une compréhension commune du programme des intervenants qui y participent.

Finalement, le cadre d'évaluation proposé est réaliste puisqu'il tient compte de la réalité des ressources, des besoins des dirigeants et est approprié aux caractéristiques de la clientèle. Ces éléments rendent la démarche évaluative davantage pertinente et réalisable.

8.2.2 *Limites*

Malgré les précautions qui furent prises, plusieurs limites s'imposent aux processus mais aussi aux résultats. Ainsi, lors de l'étape de validation auprès des intervenants, le choix d'un groupe de discussion a été privilégié à celui d'un questionnaire afin d'optimiser le taux de réponse et d'obtenir une vision plus complète de leurs perceptions du programme. En optant pour ce choix, l'échantillon des intervenants ne pouvait alors couvrir l'ensemble de la population. En effet, seulement un intervenant par discipline fut consulté alors que dans certaines professions, plusieurs intervenants sont dédiés à ce programme. Cela peut affecter la validité externe de ce projet. De plus, l'échantillonnage qui a été utilisé dans cette étape en est un de type non probabiliste. Cependant, l'ensemble des professions a été consulté.

À l'étape de la consultation des dirigeants, deux personnes représentant les cadres étaient absentes. La directrice de la qualité, de la performance et de l'innovation n'a pas pu être présente lors de la rencontre. Cela impose une limite importante puisque cette personne est particulièrement concernée par ce projet. De plus, lors de cette rencontre, il n'y avait pas de directeur des soins infirmiers qui occupait ce titre. Il serait pertinent de les consulter afin d'avoir une vue plus globale des différents dirigeants.

Une autre limite notée dans l'entrevue semi dirigée avec l'équipe de recherche concerne la communication : la chercheuse étant anglophone et l'auteure de l'essai francophone, ce qui peut amener certaines nuances plus particulièrement dans la formulation des objectifs du programme.

Un biais noté est celui nommé « biais du chercheur ». En effet, les caractéristiques du chercheur, donc l'auteure de cet essai travaillant également dans cette équipe, peuvent avoir influencé l'attitude des participants lors des entrevues et du groupe de discussion. Par exemple, le chercheur peut inconsciemment amener les participants à vouloir le satisfaire, ce qui peut résulter en des données biaisées (Fortin, Côté et Fillion, 2006). Ce biais peut possiblement être présent dans chacune des étapes de validation (l'équipe de recherche, les intervenants et les dirigeants).

Dans la présente étude, l'autre biais retenu comme étant important est celui de « désirabilité sociale ». En effet, ce biais peut s'appliquer à chacune des étapes de

validation auprès des trois groupes. Puisque l'animatrice est l'auteure de ce projet et qu'elle travaille dans cette équipe, cela fait en sorte que les participants aux entrevues peuvent être tentés de répondre de façon à vouloir faire plaisir à l'animatrice ou de ne pas vouloir exprimer totalement leur opinion. Pour les recherches futures, il est recommandé qu'un animateur neutre anime les entrevues et groupes de discussion.

Finalement, une dernière limite du projet est que le cadre d'évaluation élaboré, étant fait sur mesure pour le programme GB de l'HRVM, le rend donc difficilement exportable à d'autres programmes dans d'autres établissements. En effet, « chaque programme est différent, de par ses actions, son contexte, ses objectifs, et il lui faut des critères et indicateurs d'évaluation qui lui soient propres » (Référentiel commun en évaluations, 2004, p. 58). Ce fait rend donc cette capacité de généralisation difficile à enrayer dans ce type de projet. Cependant, la démarche, le modèle, la stratégie et les recommandations ressortant de cet essai sont, eux, exportables.

8.3 Retombées et suggestions

Le projet réalisé a plusieurs retombées. Tout d'abord, les outils tels que le modèle logique, le tableau d'objectifs spécifiques sont des documents importants qui peuvent faciliter la compréhension commune du programme et sont des outils simples et puissants pour une communication efficace. La diffusion de ces outils à tous les intervenants du programme est pertinente pour favoriser une compréhension et une orientation communes du programme.

Les tableaux d'indicateurs et d'outils de mesure peuvent être pertinents à consulter pour les intervenants afin de s'y référer au besoin. Les outils sont davantage spécifiques à la clientèle. Il serait donc indiqué que ces tableaux soient accessibles aux intervenants du programme. Il s'intègre à une des recommandations du rapport de la visite d'évaluation du Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec qui recommandait un processus d'analyse de données clinico-administratives à partir d'indicateurs reconnus spécifiques aux victimes de brûlures graves dans une perspective d'amélioration de la qualité (Rapport d'évaluation du CEPVBGOQ, 2010).

Le cadre d'évaluation tel qu'il est présenté permet d'orienter une éventuelle mise en œuvre du projet. Il amène des suggestions et des idées pour en faciliter son implantation. Il

serait pertinent que les dirigeants qui n'ont pas pu être présents à l'entrevue semi dirigée prennent connaissance de ce document et que des modifications soient apportées au besoin. Malheureusement, des contraintes peuvent surgir face à une démarche évaluative. Celles qui sont le plus susceptibles de venir influencer cette démarche sont : les contraintes budgétaires, les contraintes temporelles, les contraintes en termes de disponibilité des ressources et les influences politiques (Dagenais et Ridde, 2009, page 170).

Pour les autres programmes de l'HRVM, il pourrait être intéressant d'effectuer une démarche similaire à celle proposée dans ce projet pour orienter la démarche évaluative dans chacun des programmes. Comme déjà formulées précédemment, même si chaque programme est différent, plusieurs caractéristiques de la démarche demeurent essentielles et nécessaires.

Il serait pertinent de faire connaître cette démarche aux autres établissements du CEPVBGOQ c'est-à-dire au HDM et au EGB puisque le rapport de la visite d'évaluation du CEPVBGOQ suggère un processus régulier d'analyse conjointe des données clinico-administratives entre les différents établissements. Il y aurait aussi avantage à faire connaître cette démarche aux responsables du Centre d'expertise de l'Est afin de partager les compétences et d'harmoniser les procédures compte tenu du faible volume de cette clientèle au Québec; ce qui constitue aussi une recommandation du rapport d'évaluation.

Finalement, il serait intéressant de poursuivre ce projet et d'établir des normes de qualité des services en partenaire avec les autres établissements des deux centres d'expertise.

CHAPITRE 9 : CONCLUSION

Ainsi, avant d'évaluer un programme, des conditions doivent être présentes afin d'en maximiser la démarche. Il est suggéré d'inclure et de faire participer les acteurs qui sont concernés par le programme aux différentes étapes du processus évaluatif. Cette façon de procéder permet de mettre tous les éléments ensemble et d'arriver à un modèle logique qui reflète la réalité du terrain. Même si cette démarche est plus longue à réaliser, elle permet d'instaurer progressivement une culture évaluative et fait en sorte que les gens se sentent plus concernées, une des conditions favorables à l'évaluation de programmes. Les

objectifs doivent être clairement définis, associés à des indicateurs et des outils de mesure afin d'être en mesure de les évaluer. Il est donc d'abord proposé dans cet essai de maximiser ces éléments puis d'élaborer un cadre d'évaluation qui précisent les éléments suivants : les questions d'évaluation priorisées, la dimension à évaluer, les critères et les cibles, les sources de données, les méthodes de collecte de données, les méthodes de traitements de données et les ressources qui devraient être allouées. Le cadre permet d'orienter la démarche évaluative et de la cadrer dans le temps afin de cibler des objectifs d'évaluation de programmes. Le cadre doit prendre en compte les pratiques et les besoins de l'établissement pour rendre la démarche évaluative réalisable.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alain, M. et Dessureault, D. (2009). *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Québec : Presses de l'Université du Québec.

Askay S. W. et Patterson, D., R. (2008). What are the psychiatric sequelae of burn pain ? *Current Pain and Headache Reports*, 12(2), 94-97.

Australian and New Zealand Burn Association, (2007). Burn Survivor Rehabilitation : Principles and Guidelines for the Allied Health Professionnal. *Allied Health Forum*. Australian : Edgar.

Bell, P., Lynn, D. O. et Vincent, M. D. (2009). Evidence Based Review for the Treatment of Post-burn Pruritus. *Journal of Burn Care and Research*, 30(1), 55-61.

Blais, R. (1986). Résistance et collaboration à l'évaluation de programme : un cadre d'analyse et un modèle théorique. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 1(1), 47-56.

Blakeney, P. E., Rosenberg, L., Rosenberg, M. et Faber, A. W. (2008). Psychosocial care of persons with severe burns. *Burns*, 34, 433–330.

Boucher, N., Lavoie, A., Bouali, R. (2005). *Étude exploratoire concernant les besoins des adultes ayant subi des brûlures graves et leurs proches en matière de services de réadaptation et de soutien à l'intégration sociale au Québec*. Québec.

Brousselle, A., Champagne, F., Contrandriopoulos, A.-P., Hartz, Z. (2009), *L'évaluation : concepts et méthodes*. Canada : Les presses de l'Université de Montréal.

Byers, JF., Bridges, S., Kijek, R.N., LaBorde, P. (2001). Burn patients' pain and anxiety experiences. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 22, 144-149.

Gouvernement du Québec. Cadre de référence – Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus (2007). Agence de la Santé et des Services Sociaux de Montréal, Montréal.

Calva, V., Carter, A., Couture, MA., Godbout, E., Poulin, C., Nedelec, B. (2013). *Treating Neuropathic Pain in Burn Survivors : A New Approach*. Poster présenté au 45^{ième} congrès annuel de l'Americain Burn Association, Palm Springs, CA, 23 au 26 avril 2013.

Centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec (2009). *Programmation intégrée du Centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec : CHUM et Hôpital de réadaptation Villa Medica*. Montréal : Comité directeur du Centre d'expertise de l'Ouest du Québec ; Gestionnaires de l'Unité des grands

brûlés du CHUM et de l'Hôpital de réadaptation Villa Medica et cliniciens des deux centres.

Choinière, M. (2001). Le point sur le traitement de la douleur chez les patients brûlés. *Brûlures*, 1. Document téléaccessible à l'adresse <http://www.medbc.com/meditline/review/brulures/vol_1/num_3/text/vol1n3p128.asp>.

Dagenais C. et Ridde, V. (2009). *Approches et pratiques en évaluation de programme*. Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.

Doré G. (2009). *Évaluation de programme*. Note de cours du RÉA 113 Évaluation de programme. Université de Sherbrooke, Longueuil.

Doré, G. (2013). *Introduction à l'évaluation de programme*. Programme de gestion de l'invalidité. Université de Sherbrooke, Longueuil.

Drumond, M. F., O'Brien B. J., Stoddart, G. L. et Torrance, G. W. (1998). *Méthodes d'évaluation économique des programmes de santé*, (2^{ième} éd.). Paris : Economica.

Entraide Grands Brûlés. Site télé-accessible à l'adresse <http://www.entraidegb.org/qui_sommes_nous.htm>. Consulté le 24 septembre 2012.

Espace Régional de Santé Publique. (2004). Référentiel commun en évaluations des actions et programmes santé et social. Lyon. Document télé-accessible à l'adresse : <http://www.ersp.org/evaluation/pdf/referentiel_commun_eval.pdf>.

Fortin, M. F., Côté, J. et Filion, F. (2006). *Fondement et étapes du processus de recherche*. Montréal : Les Éditions de la Chenelière inc.

Gauthier, B. (2001). Circum inc. Mesurer la satisfaction de sa clientèle pour mieux répondre à ses attentes. Document télé-accessible à l'adresse : <circum.com/textes/mesurer_la_satisfaction_20010124.ppt>.

Gauthier, B. (2009). *Recherche sociale : de la problématique à la collecte des données*. Québec, Presses de l'Université du Québec.

Gouvernement du Québec (2009). *Cadre d'évaluation nationale en santé publique : deuxième cycle 2009-2015*. Québec : Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique, Direction générale de la santé publique.

Gouvernement du Québec (2004). *Guide d'élaboration de modèle logique de programme*. Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie. Document télé-accessible à l'adresse <http://www.santeestrie.qc.ca/publication_documentation/documents/guide_elaboration_programmes.pdf>.

Gouvernement du Québec. *Site de Santé et Services sociaux : Répartition en pourcentage du budget de dépenses par mission du gouvernement québécois, 2012-2013 (Données et graphiques)*. Document télé-accessible à l'adresse <<http://www.informa.msss.gouv.qc.ca/Details.aspx?Id=CqygUZP3K9w>>.

Gouvernement du Québec (2010). *Groupes conseils en traumatologie : Volet santé physique : Volet réadaptation / Soutien à l'intégration : Rapport d'évaluation de la visite d'évaluation du Centre d'Expertise pour les adultes victimes de brûlures graves de l'Ouest du Québec*. Québec : Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Président du Groupe conseil en traumatologie volet santé physique Monsieur Bourgeois et Présidente du Groupe conseil en traumatologie volet réadaptation et soutien à l'intégration Madame Marcotte.

Gouvernement du Québec (2002). Secrétariat du Conseil du trésor. *Modernisation de la gestion publique ; Guide sur la gestion axée sur les résultats*, Québec, Document télé-accessible à l'adresse <http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/guide_gest-axee-resultat_02.pdf>.

Gouvernement du Québec. (2008). Secrétariat du Conseil du trésor. *Outil québécois de mesure de la satisfaction de la clientèle*, 2^e édition. Document télé-accessible à l'adresse : <http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/Outil_quebecois_de_mesure_de_satisfaction_de_la_clientele_-_2008.pdf>.

Gouvernement du Québec (2013). Secrétariat du Conseil du trésor. *Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation*, Québec. Document télé-accessible à l'adresse suivante <http://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/publications/glossaire_termes_usuels.pdf>.

Gouvernement du Québec (2013). Secrétariat du Conseil du trésor. Lettre du Bureau du secrétaire du Secrétariat du Conseil du trésor ayant comme objet : Directive sur l'évaluation de programme et outil d'évaluation.

Gouvernement du Canada. Agence canadienne d'évaluation environnementale. Site télé-accessible à l'adresse <<http://www.ceaa-acee.gc.ca/default.asp?lang=Fr&n=46425CAF-1&offset=8&toc=show>>. Consulté le 10 avril 2013.

Herndon, D. N. (2007). *Total burn care*. (3^e éd.) Texas: Saunders Elsevier (1er éd. 1996), 1-32, 636.

Hôpital de réadaptation Villa Medica. Site télé-accessible à l'adresse <<http://villamedica.ca/mission/>>. Consulté le 7 avril 2013.

Jaffe, S. et Patterson, D. (2004). Treating Sleep Problems in Patients with Burn Injuries: Practical Considerations. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 25(3), 294-305.

Lawrence, J. W., Fauerbach, J. A., Heinberg, L. et Doctor, M. (2004). The 2003 clinical research award: visible vs hidden scars and their relation to body see. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 25, 25-32.

Levasseur, M., Tribble St-Cyr, D., Desrosiers, J. (2006). Analyse du concept qualité de vie dans le contexte des personnes âgées avec incapacités physiques. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 163-177.

Marchand, S. (2009). *Le phénomène de la douleur* (2^e éd.). Montréal : Chenelière Éducation (1^{er} éd. 1998).

Meeres, S., Fisher, R. et Gerrard, N. (1995). Evaluability assessment of a community-based program. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 10(1), 103-121.

Mercer, S. L. et Goel, V. (1994). Program evaluation in the absence of goals : a comprehensive approach to the evaluation of a population-based breast cancer screening program, *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 9(1), 97-112.

Paillé, P. (2007). La méthodologie de recherche dans un contexte de recherche professionnalisante : douze devis méthodologiques exemplaires. *Recherches qualitatives*, 27(2), p.133-151.

Patterson D.R., Everett J.J., Bobardier C.H., Questad K.A., Lee V.K. et Marvin J.A. (1993). Psychological effects of severe burns injuries. *Psychologic Bulletin*, 113(2), 362-378.

Peck, M. D. et Chang, Y. (1999). Nutritional support for burn injuries. *The Journal of Nutritional Biochemistry*, 10(7), 380-396.

Phillips, C., Fussell, A. et Rumsay, N. (2007). Considerations for psychosocial support following burn injury – A family perspective. *Burns*, 33, 986-994.

Pineault, R. (2012). *Comprendre le système de santé pour mieux le gérer*. Canada : Les Presses de l'Université de Montréal.

Poon, B., Wing-sea Leung, J., Louie, A. et Vergel de dios, C. (2013). The key functions of collaborative logic modelling insights from the british columbia early childhood dental programs. *The Canadian Journal of Program Evaluation*. 27(2), 87-102.

Pruzinsky, T., Rice, L. D., Himel, H. N., Morgan, R. F. et Edlich, R. F. (1992). Psychometric Assessment of Psychologic Factors Influencing Adult Burn Rehabilitation. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 13(1), 79-88.

Schneider, J. C. et Qu, H. D. (2011). Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America. *Burn Rehabilitation*, 22(2), 261-275.

Smith, N., Mitton, C., Donaldson, C., Bryan, S. et Peacock, S. (2013). Current evaluation practices involving resource allocation processes in Canadian healthcare organizations : a survey of senior managers. *The Canadian Journal of Program Evaluation*, 27(2), 1-20.

Société canadienne d'évaluation de programme. Site télé-accessible à l'adresse <<http://evaluationcanada.ca>>. Consulté de septembre 2012 à mai 2013.

Spicher, C. (2003). Manuel de rééducation sensitive du corps humain. Genève ; Édition & Hygiène – Département livre.

Staley, M., Richard, R., Warden, G. D., Miller, S. F. et Shuster, D. B. (1996). Functional outcomes for the patient with burn injuries. *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 17(4), 362-368.

The Health communication unit at the Centre of Health Promotion University of Toronto (2002). Évaluation des programmes de promotion de la santé, version 2.0. Document télé-accessible à l'adresse <http://www.thcu.ca/infoandresources/publications/EVAL_French_Master_Wkbk_v2_content_feb.02_format_aug.03.pdf>.

Université de Sherbrooke (2009). *Guide de présentation des documents écrits – Pour les travaux, essais, mémoires et thèses* (4^e ed.). Sherbrooke : Université de Sherbrooke, Faculté d'éducation (1^{re} éd. 1995).

Wikipédia, Site télé-accessible à l'adresse <http://fr.wikipedia.org/wiki/Locus_de_contrôle>. Consulté le 7 mai 2013.

Young, A. (2002). Rehabilitation of burn injuries, *Physical Medicine and rehabilitation clinics of North America*, 13(1), 85-108.

ANNEXES

ANNEXE A
EXEMPLES D'OBJECTIFS TIRES DE LA PROGRAMMATION ET
D'OBJECTIFS REFORMULES FACILITANT L'EVALUATION DES EFFETS

Objectifs tirés de la programmation (Programmation intégrée, 2009) ⁶	Explications	Objectifs reformulés permettant l'évaluation
« La personne brûlée ne développe pas de lésions de pression. »	Cet objectif ne contient pas de verbe d'action permettant de décrire l'objectif visé, le résultat attendu.	Prévenir toutes lésions de pression chez la personne ayant subi des brûlures graves pour diminuer le temps d'hospitalisation
« Le syndrome post-traumatique chez la personne brûlée est prévenu et traité. »	<ul style="list-style-type: none"> - La cible semble correspondre davantage à l'équipe soignante plutôt qu'à la personne ayant subi des brûlures. - Les verbes choisis (prévenir et traiter) sont difficilement mesurables. 	Diminuer les symptômes de syndrome de stress post-traumatique chez la personne ayant subi des brûlures graves pour favoriser l'intégration psychosociale
« Le sommeil de la personne brûlée est satisfaisant. »	<ul style="list-style-type: none"> - Cet objectif ne contient pas de verbe d'action permettant de décrire l'objectif visé, le résultat attendu. - Quelle donnée peut nous indiquer que le sommeil est satisfaisant? 	Augmenter la qualité du sommeil chez la personne ayant subi des brûlures graves pour favoriser sa récupération
« La personne brûlée comprend le rôle et les effets de la médication. »	Cette phrase correspond plutôt à un fait qu'à un objectif mesurable.	Développer les connaissances de la personne ayant subi des brûlures graves en ce qui concerne le rôle et les effets de la médication pour favoriser son autonomie
« Les proches reçoivent l'enseignement nécessaire en prévision du congé. »	<ul style="list-style-type: none"> - Le proche peut recevoir l'enseignement, cependant, cela n'assure pas ses connaissances. Alors, l'objectif est plutôt d'augmenter ses connaissances. - La cible semble correspondre davantage à l'équipe soignante (qui fait l'enseignement) plutôt qu'aux proches de la personne ayant subi des brûlures. 	Augmenter les connaissances des proches en prévision du congé pour favoriser la reprise des activités normales de la personne ayant subi des brûlures graves

⁶ Autorisation pour utilisation et diffusion de renseignements donnée et fournie par l'établissement, présentée à l'ANNEXE V.

ANNEXE B
GRILLE PROPOSANT DES TEMPS DE MESURE A DES PERIODES FIXES POUR L'EVALUATION DES
CLIENTS GB (FAIT EN MARS 2011 AVEC L'EQUIPE DE RECHERCHE ET LES ERGOTHERAPEUTES ET
PHYSIOTHERAPEUTES DU PROGRAMME GB)⁷

Temps Évaluations	Non appli- cable	Début interne	Fin interne	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois	7 mois	8 mois	9 mois	10 mois	11 mois	12 mois	18 mois	24 mois
Subjectif		X	X	-----	x		x		x		x		x		x	x	x
Démangeaisons				-----		x				x							
Qualité de la peau		X	X	-----		x			x			x			x	x	x
Qualité de vie				-----			x			x		x			x	x	x
AA doigts		X	X	-----	x		x		x		x		x		x		
AA poignet		X	X	-----	x		x		x		x		x		x		
Forces de préhension		X	X	-----	x		x		x		x		x		x		
Forces des pinces			X	-----		x			x			x			x		
Membre supérieur		X	X	-----		x			x								
Dextérité			X	-----		x			x			x			x		
Sensibilité			X	-----								x					
Bouche			X	-----		x			x			x					
Oedème			X	-----	x	x	x	x	x								
Autre :				-----													

⁷ Tableau fait en mars 2011 par l'équipe de recherche sous la direction de Dr Bernadette Nedelec, PhD BSc OT(c) erg. et Directrice du programme d'ergothérapie et de physiothérapie à l'Université McGill, et les ergothérapeutes et physiothérapeutes du programme GB (autorisation de présentation du document donné par courriel).

ANNEXE C
SCHEMA DE STALEY ET AL. DEMONTRANT LES DIFFERENTES
DIMENSIONS POUVANT ETRE ATTEINTE CHEZ LA PERSONNE AYANT
SUBI DES BRULURES GRAVES

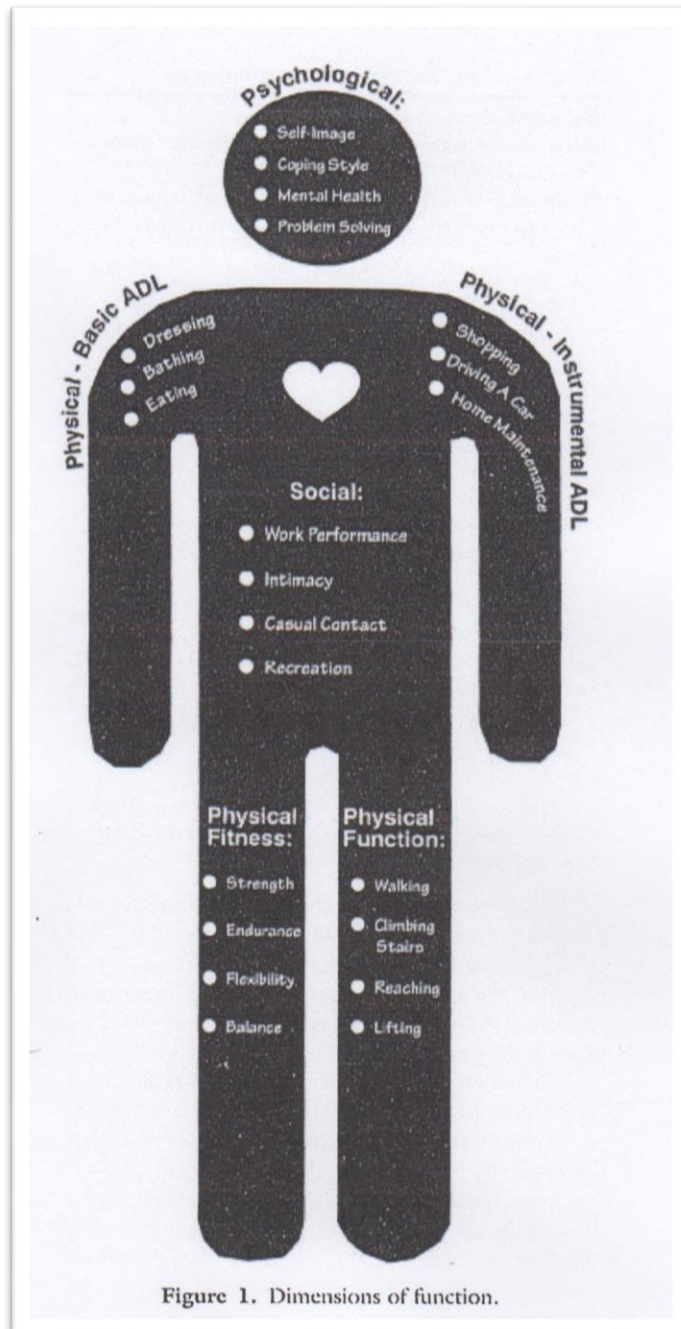


Image tirée de l'article de Staley, Richard, Warden, Miller et Shuster (1996).

ANNEXE D
MODELE LOGIQUE DU PROGRAMME GB DE L'HRVM (AVANT LES ETAPES
DE VALIDATION, 1^{ERE} VERSION)

But ultime	<ul style="list-style-type: none"> • Optimiser la qualité de vie de la personne ayant subi des brûlures graves
Cible	<ul style="list-style-type: none"> • Adulte de seize ans et plus ayant subi des brûlures graves, ou une réaction cutanée grave ou une condition nécessitant l'utilisation des ressources du CEPVBGOQ telles que des engelures ou des cicatrices hypertrophiques secondaires, et ses proches
Nature de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle de réadaptation / Approche globale centrée sur les besoins et les valeurs de l'utilisateur / Approche interdisciplinaire
Objectifs généraux	<ul style="list-style-type: none"> • Minimiser les risques de complications et de troubles musculo-squelettique • Diminuer les symptômes physiques (douleur, prurit, fatigue, etc.) • Diminuer les symptômes psychosociaux (SSPT, dépression, anxiété, difficulté d'adaptation, etc.) • Augmenter les capacités physiques • Augmenter l'autonomie dans les habitudes de vie • Optimiser l'intégrité de la peau • Collaborer avec les proches et les ressources en région pour optimiser la réadaptation
Ressources (Intrants)	<ul style="list-style-type: none"> • Temporelles: Période de réadaptation variant entre 3 mois à 4 ans post-brûlures, il n'y a pas de période maximale ou minimale au programme (selon l'évolution de chacun des clients) • Matérielles: Locaux, ordinateurs, visioconférence, tables, chaises, lits électriques, équipements et fournitures spécialisés, modalités et outils pour les évaluations, activités thérapeutiques, matériel pour impression et communication, gymnase d'entraînement, chambres individuelles et semi-privées pour la clientèle hospitalisée • Informationnelles: Lois, documents des différents ordres professionnels, évaluations, plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, protocoles des interventions, programmation intégrée du CEPVBGOQ • Humaines: Programme composé d'une équipe interdisciplinaire (ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, équipe en soins infirmiers, nutritionniste, médecin, travailleur social, pharmacien, massothérapeute, assistant en réadaptation, dirigeants, équipe des services archives accueil, secrétaire, service de maintenance et d'entretien, chef de service) d'une équipe de recherche et de partenaires (plasticiens, physiatres, orthopédistes, CHUM Hôtel Dieu, Entraide Grands Brûlés, Fondation des pompiers du Québec, Centre d'expertise de l'Est du Québec, organismes payeurs (SAAQ, IVAC, CSST), CSSS desservant l'Ouest du Québec, fournisseurs (Ortho-Concept, Médicus, Remington), Centre de réadaptation Constance Lethbridge (masque compressif))
Activités de production	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation, dépistage précoce, thérapie individuelle et de groupe, traitement pharmacologique, enseignement, plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, suivi téléphonique
Extrants	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de clients, nombre de thérapies par discipline, nombre de personnes qui ont complété le programme, nombre de personnes qui ont abandonné le programme, nombre d'heures cliniques en temps direct, nombre de clients suivi par discipline
Effets ciblés	<ul style="list-style-type: none"> • Plaies guéries, douleurs moindre, meilleures capacités physiques, meilleur sommeil, symptômes de dépression moindres, démangeaisons moindres, symptômes du syndrome du stress post-traumatique (SSPT) moindres, meilleure satisfaction de l'image corporelle
Effets hors cibles	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation aux conséquences des brûlures dans l'environnement de la personne

ANNEXE F (SUR 2 PAGES)					
TABLEAU D'OBJECTIFS A MOYEN TERME, D'INDICATEURS ET D'OUTILS DE MESURE (AVANT LES ETAPES DE VALIDATION)					
OBJECTIFS A MOYEN TERME					
Optimiser la guérison des plaies pour favoriser l'intégrité de la peau	Augmenter les capacités physiques pour favoriser l'autonomie pour la réalisation des habitudes de vie	Améliorer les habitudes de vie pour accroître l'autonomie	Diminuer les symptômes psychosociaux pour favoriser l'intégration psychosociale	Mobiliser la personne pour optimiser sa réadaptation	Assurer une réadaptation optimale en concertant et en favorisant la complémentarité des soins et des services offerts par les ressources externes
INDICATEURS					
a) superficie de la plaie b) profondeur de la plaie c) apparence de la plaie	a) niveau de force musculaire b) degré d'amplitude articulaire c) niveau d'équilibre d) niveau de tolérance à l'activité e) niveau de dextérité manuelle f) niveau de force de préhension et des pinces g) niveau de fonction h) distance de marche i) niveau d'endurance cardiorespiratoire	a) degré de l'indépendance fonctionnelle b) degré de participation sociale dans la réalisation des habitudes de vie c) degré de satisfaction du rendement occupationnel	a) intensité des symptômes b) fréquence des symptômes c) niveau de fonctionnement dans les activités quotidiennes reprises d) niveau de dépression e) niveau d'anxiété f) niveau de détresse	a) nombre d'absences non motivées b) fréquence de révision des plans d'intervention c) présences aux réunions interdisciplinaires d) niveau de lotus de contrôle	a) date du premier contact téléphonique avec la personne ressource b) délais de prise en charge dans les différentes disciplines
OUTILS DE MESURE					
- Silhouette mobile (a, b) - Règle stérile (a) - Grille de description de l'apparence des plaies (c)	- Bilan musculaire manuelle, cybex, dynamomètre manuel (a) - Bilan articulaire (goniomètre, ruban à mesurer, inclinomètre estimation visuelle (croix de maigne) (b) - Échelle d'équilibre de Berg (c) - Timed Up and Go (TUG) (c) - Tandem Walk (TW) composante "forward" - Station unipodale et tandem - Grille d'observations de la durée d'une activité lors de mises en situation (d)	- MIF (a) - MHAVIE (b) - MCRO (c) - Community Integration Questionnaire (CIQ) (b)	<u>Anxiété</u> - IPAT anxiety scale (e) - State-trait anxiety inventory (e) - Institute for personality and anxiety testing anxiety scale (e)	- Health-Specific Locus of Control Scale (HLC) (d) - The multidimensional health locus of control (d)	

OUTILS DE MESURE (SUITE)

	<ul style="list-style-type: none"> - 3 minutes step-test (d) - Nine Hole Peg Test (e) - Beaded Peg Test (e) - Crawford (e) - O'Connor Finger Dexterity Test (e) - O'Connor Tweezer Dexterity Test (e) - Hand Tool Dexterity Test de Bennet (e) - dynamomètre et pincemètre (f) - TEMPA (g), pour fonction des membres supérieurs - Jebsen Taylor Hand Test (g), pour fonction de la main - QuickDASH (g), questionnaire auto-administré pour la fonction du membre supérieur - Questionnaire d'évaluation fonctionnelle de la bouche (g) - Mandibular Function Impairment Questionnaire (MFIQ) - Lower Extremity Functionnal Scale (LEFS) (g), pour la fonction des membres inférieurs - Lower Limb fonctionnal index (g), pour la fonction des membres inférieurs - Hight level mobility assessment battery (HIMAT) - Pac-m (i) - Protocole de Bruce modifié sur tapis roulant (i) - Test de Astrand-Rhyming sur le vélo (i) - Shuttle walk test et le shuttle run test (i) - Test de marche de 6 minutes (i) - Faciometer (g), pour le visage 		<p><u>Dépression</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Beck Depression Inventory-II (d) - Échelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression (MADRS) (d) - Psychological adjustment to illness inventory (PAIS) <p><u>Détresse, anxiété et dépression</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Brief symptom inventory (d, e, f) 		
--	---	--	--	--	--

ANNEXE G

TABLEAU D'OBJECTIFS A LONG TERME, D'INDICATEURS ET D'OUTILS DE MESURE (AVANT LES ETAPES DE VALIDATION)

But ultime : Optimiser la qualité de vie de la personne ayant subi des brûlures graves. / **Indicateur :** niveau de qualité de vie / **Outils de mesure :** Burn Specific Health Scale (BSHS), BSHS-Brief, SF-36

OBJECTIFS À LONG TERME

Optimiser la qualité de la peau pour favoriser le bien-être et l'intégration psychosociale	Minimiser les atteintes sensibles pour favoriser le bien-être	Augmenter la satisfaction de l'image corporelle, la satisfaction envers la vie et l'estime de soi pour favoriser le bien-être	Assurer une réadaptation optimale et continue des soins et des services en communiquant et en soutenant les professionnels de la région de la personne
--	---	---	--

INDICATEURS

a) épaisseur des cicatrices b) index de mélanine (pigmentation) c) index d'érythème (vascularité souvent associée au terme couleur) d) élasticité de la peau (en mm) e) relief f) surface (aire)	a) niveau d'allodynie b) niveau d'hypoesthésie	a) degré de satisfaction de l'image corporelle b) niveau de satisfaction de sa vie c) niveau de perception de récupération d) estime de soi	a) nombre de retours téléphoniques b) fréquence des formations formelles offertes c) nombre de formations informelles faites
---	---	--	--

OUTILS DE MESURE

- Vancouver Scar Scale (VSS) ou Modified Vancouver Scar Scale (a, b, c, d, e) - Échographe (a) - Mexamètre (b et c) - Cutomètre (d) - Patient and Observer Scar Assessment scale (POSAS) (a, b, c, d, e) - Phaseshilt rapid in vivo measurement of the skin (PRIMOS) (e) - Weighing method (f) - Visitrak (computerized tablet) (f) - Matching assessment of Scars and photographs (MAPS) (b, c)	- Allodynographie (a) - Esthésiographie (b) - Semmes-Weinstein monofilaments(a, b)	- Satisfaction With Appearance Scale (SWAP) (a) - Satisfaction With Life Scale (SWLS) (b) - Sickness Impact Profile (SIP) (c)	
--	--	---	--

ANNEXE H

GUIDE POUR L'ENTREVUE AVEC L'EQUIPE DE RECHERCHE (VALIDATION DU MODELE LOGIQUE, DES OBJECTIFS, DES INDICATEURS ET DES OUTILS DE MESURE)

Bonjour,

Tout d'abord, merci d'avoir accepté de participer à la présente démarche. Je vous fais parvenir les questions principales de l'entrevue que nous aurons ensemble. L'objectif de cette démarche est de valider le modèle logique du programme, les objectifs spécifiques ainsi que les indicateurs et outils de mesure s'y rattachant. Des tableaux, en annexes, précisent nos intentions et propositions. Nous espérons ainsi bénéficier de votre expertise dans le domaine et de vos compétences cliniques.

Questions concernant le modèle logique

1. Est-ce que le but ultime correspond aux besoins des patients ayant subi des brûlures graves ? Est-il clair, précis, pertinent et réaliste ? Comment puis-je l'améliorer ?
2. Est-ce que les objectifs englobent l'ensemble des besoins des patients en regard de la mission de notre organisation (dispenser de l'ensemble des soins et des services spécialisés et surspécialisés en réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne ainsi qu'à l'externe, organiser la prise en charge en vue de la réintégration sociale et fonctionnelle.)? Si non, quelles précisions apporteriez-vous ?
3. Est-ce que les extrants (résultats opérationnels) retenus sont complets ? Si non, quelles précisions apporteriez-vous ?
4. Partant du fait que le modèle logique doit résumer sommairement le programme, est-ce que le modèle logique présenté résume bien les éléments essentiels qu'un programme « grands brûlés adultes en réadaptation » devrait prendre en compte en considérant les meilleures pratiques. Si non, quels éléments ajouteriez-vous ou élimineriez-vous ?
5. Est-ce que les intrants (ressources consenties pour le programme) identifiés vous semblent complets ? Si non, quelles modifications (ajouts ou retraits) apporteriez-vous ?

Questions concernant les tableaux d'objectifs, d'indicateurs et d'outils de mesure

1. Est-ce que les objectifs sont formulés adéquatement (clairs, précis, pertinents et réalistes)?
2. Est-ce que les problèmes courants se retrouvent dans les objectifs spécifiques ? Si non, lesquels vous suggérez ?
3. Est-ce que les indicateurs sont adéquats en regard à chacun des objectifs ? Est-ce que vous en proposeriez d'autres ? Si oui lesquels ?
4. Est-ce que les outils de mesure correspondent aux indicateurs ainsi qu'aux objectifs ? Parmi ceux identifiés, pour chacun des indicateurs lequel privilégieriez-vous ? Quel autre outil de mesure proposeriez-vous ?
5. Finalement, en tant qu'expert dans le domaine, si vous aviez cinq mesures à prioriser pour l'évaluation des effets, quels indicateurs et quels outils de mesure choisiriez-vous ?

Merci de votre précieuse collaboration et du temps consacré !

ANNEXE I (SUR 2 PAGES)

GUIDE D'ENTREVUE POUR LE GROUPE DE DISCUSSION AVEC LES INTERVENANTS

Bonjour,

Tout d'abord, merci d'avoir accepté de participer à la discussion de groupe. Cette démarche s'inscrit dans l'élaboration d'un cadre d'évaluation dans le cadre d'un cours à la maîtrise. L'objectif de cette rencontre est double. Le premier veut permettre de discuter des objectifs généraux et spécifiques du programme « grands brûlés ». Le deuxième permettra de connaître les outils de mesure que vous utilisez dans votre pratique. Pour réaliser celui-ci, je compte sur votre collaboration pour compléter le questionnaire que je vous transmettrai à la fin de la rencontre.

Pour profiter et bénéficier de manière optimale de votre expertise dans le domaine et de vos compétences cliniques, nous utiliserons une technique d'animation qui permet à tous les intervenants de prendre la parole. De fait, nous procéderons par tour de table afin d'avoir le point de vue de chacun.

Nous souhaitons avoir vos commentaires et savoir dans quelle mesure vous êtes à l'aise avec les différents points en regard à votre pratique. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse ou suggestion, toutes les informations et opinions sont importantes pour nous.

J'agirai en tant qu'animatrice. Nous avons un temps à respecter pour chacune des questions et nous nous assurerons qu'il soit respecté, avec votre collaboration.

Nous apprécierions enregistrer la discussion afin de pouvoir y retourner afin de réaliser notre compte-rendu. Évidemment, cet enregistrement sera traité et conservé de manière confidentielle et les renseignements obtenus ne pourront servir que dans le cadre de l'essai de maîtrise. Dès que l'essai sera déposé à l'université, l'enregistrement sera détruit.

Nous sommes ici en groupe, il serait important que tous les propos qui seront abordés et que tous les discussions demeurent confidentiels.

Est-ce que vous avez des questions avant que nous commençons ?

[Donner la définition d'objectif spécifique.]

Un objectif doit être spécifique, mesurable, acceptable c'est-à-dire réalisable, réaliste et avoir une notion de temporalité.

Inspiré du site internet Wikipédia à l'adresse suivante :

[http://fr.wikipedia.org/wiki/Objectif_\(but\)](http://fr.wikipedia.org/wiki/Objectif_(but))

La première partie concerne les objectifs généraux

1. Est-ce que le but ultime correspond aux besoins des patients ayant subi des brûlures graves ? Est-il clair, précis, pertinent et réaliste ?

(Comment puis-je l'améliorer ?)

2. Est-ce que les objectifs généraux englobent l'ensemble des besoins des patients en regard de la mission de notre organisation (dispenser de l'ensemble des soins et des services spécialisés et surspécialisés en réadaptation fonctionnelle intensive à l'interne ainsi qu'à

l'externe, organiser la prise en charge en vue de la réintégration sociale et fonctionnelle.)?
Si non, quelles précisions apporteriez-vous ?

La deuxième partie porte sur les objectifs spécifiques du programme.

1. Est-ce que les objectifs sont formulés adéquatement (clairs, précis, pertinents et réalistes)?

Nous les regarderons un par un.

2. Est-ce que les problèmes courants se retrouvent dans les objectifs spécifiques ? Si non, lesquels vous suggérez ?

3. Est-ce que les objectifs représentent la réalité sur le terrain ?

4. Est-ce que les objectifs spécifiques sont bien classés? Si non, que suggérez-vous ?

Merci de votre précieuse collaboration et du temps consacré !

ANNEXE J

GUIDE D'ENTREVUE POUR L'ENTREVUE AVEC LES DIRIGEANTS

Bonjour,

Tout d'abord, merci d'avoir accepté de participer à la rencontre d'aujourd'hui. Cette démarche vise l'élaboration d'un cadre d'évaluation me permettant d'obtenir le grade de maîtrise en réadaptation de l'Université de Sherbrooke. Cette rencontre se divise en trois parties. D'abord, le modèle logique sera présenté. Ensuite, les objectifs du programme seront nommés puis finalement un cadre d'évaluation vous sera proposé. L'objectif de la rencontre est triple. Il vise à valider notre compréhension du programme, répondre à des besoins organisationnels réalistes en matière d'évaluation de programmes et nous permettre de réaliser l'essai nécessaire à la réussite de ce programme de formation.

Nous souhaitons obtenir vos commentaires et bénéficier de votre vision du programme et de votre expérience pour bonifier ce projet. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse, toutes les informations et opinions sont importantes pour nous. Vos précisions et suggestions sont importantes pour nous.

Nous souhaitons enregistrer la discussion pour réaliser un compte-rendu. Évidemment, cet enregistrement sera traité et conservé de manière confidentielle et les renseignements obtenus ne pourront servir que dans le cadre de l'essai de maîtrise. Dès que l'essai sera déposé à l'université, l'enregistrement sera détruit.

Nous sommes ici réunis en groupe d'experts et je me fais un devoir, comme dans chaque activité de cette nature, de vous rappeler que chacun d'entre nous sommes responsables d'assurer la confidentialité et la dénominisation des informations transmises. Il importe que les propos qui seront abordés et que tous les discussions demeurent confidentiels.

Est-ce que vous avez des questions avant que nous débutions ?

Questions :

Modèle logique

- Est-ce que le modèle logique représente bien le programme GB tel que vous le percevez et qu'il est présentement ?
- Est-ce qu'il est complet (en ayant en tête que le modèle logique est un résumé des différents éléments du programme) ?

Objectifs du programme

- Est-ce que les objectifs respectent la mission de l'organisation ?
- Est-ce que les objectifs sont clairs et exhaustifs?

Cadre d'évaluation

- Est-ce que le cadre d'évaluation est pertinent ?
- Est-ce que le cadre d'évaluation couvre bien vos principaux besoins en évaluation de programme ?
- Est-ce que le cadre d'évaluation vous semble réaliste ?

Auriez-vous des commentaires ou suggestions à me transmettre avant de clore ce groupe d'experts ?

Merci de votre précieuse collaboration !

ANNEXE K (SUR 4 PAGES)
TABLEAU RESUMANT LES OUTILS ET LES INSTRUMENTS DE MESURE
PRESENTES AUX INTERVENANTS ET TABLEAU PRESENTE A LA
NUTRITIONNISTE DU PROGRAMME

Il est à noter que les outils présentés à chacune des professions ont été sélectionnés dans un souci de prise en compte de temps limité de la réalité clinique. Ainsi, le ou les intervenants les plus susceptibles à réaliser la passation de chacun de ses outils selon les connaissances de l'auteure de l'essai travaillant aussi auprès de cette clientèle, a sélectionné les outils pour chacune de professions. Ainsi, ce fait est une limite à considérer. Par contre, puisqu'il y avait une section dans le questionnaire où les intervenants pouvaient nommer les outils qu'ils utilisent dans leur pratique cela fait en sorte de diminuer cette limite.

Professions où l'outil à été présenté	Ergothérapie	Médecine	Physiothérapie	Psychologie	Service social	Soins infirmiers
Outils ou instruments de mesure						
3 minutes step-test			X			
Abbreviated Burn Specific Pain Anxiety Scale	X	X	X	X	X	X
Agenda du sommeil	X	X	X	X		X
Allodynographie	X		X			
Balance corporelle						X
Beaded peg test	X					
Beck Depression Inventory-II				X		
Bilan articulaire avec entre autre l'inclinomètre	X		X			
Bilan articulaire avec entre autre le goniomètre	X		X			
Bilan articulaire avec entre autre le ruban à mesurer	X		X			
Bilan musculaire manuelle	X		X			
Bout pointu d'une épingle (pique-touche)	X		X			
Brief Pain Inventory (BPI)	X	X	X	X	X	X
Brief symptom inventory				X	X	
Burn Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS)	X	X	X	X	X	X
BSHS-Brief	X	X	X	X	X	X
Burn Specific Health Scale (BSHS)	X	X	X	X	X	X
Community Integration Questionnaire (CIQ)	X		X		X	
Compas de Weber	X		X			
Crawford	X					
Cybex			X			
Diapason	X		X			
DN4	X	X	X			X
DSM		X		X		

Professions où l'outil à été présenté	Ergothérapie	Médecine	Physiothérapie	Psychologie	Service social	Soins infirmiers
Dynamomètre	X		X			
Dynamomètre manuel			X			
Échelle d'équilibre de Berg	X		X			
Échelle de Braden	X	X	X			X
Échelle diagnostique de trouble de stress post-traumatique (EDT)				X		
Échelle faciale	X	X	X	X		X
Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique (EMST)				X		
Échelle Montgomery-Asberg d'évaluation de la dépression (MADRS)				X		
Échelle numérique	X	X	X	X		X
Échelle visuelle analogue	X	X	X	X		X
Entrevue avec la famille					X	
Entrevue clinique	X	X	X	X	X	X
Epworth Sleepiness Scale	X	X	X	X		X
Esthésiographie	X		X			
Estimation visuelle pour les amplitudes articulaires	X		X			
Grille d'observation de la durée d'activité	X					
Grille d'observation des signes douloureux	X	X	X	X		X
Grille sur la fréquence de prise de médication						X
Grille sur la qualité du sommeil	X	X	X	X		X
Hand Tool dexterity test de Bennet	X					
High level mobility assessment battery (HIMAT)	X		X			
Impact of event scale (IES)				X	X	
Institut for personality and anxiety testing anxiety scale				X		
Intervalle de perception chaud-froid (avec éprouvettes)	X		X			
IPAT anxiety scale				X		
Jebsen Taylor Hand Test	X		X			
Journal de bord quotidien pour le prurit	X	X	X			X
Journal de bord quotidien sur la douleur	X	X	X	X		X
Lower Extremity Functionnal Scale (LEFS)	X		X			
Lower Limb functionnal index	X		X			

Outils ou instruments de mesure	Professions où l'outil à été présenté					
	Ergothérapie	Médecine	Physiothérapie	Psychologie	Service social	Soins infirmiers
Mandibular Function Impairment Questionnaire (MFIQ)	X		X			
Matching assessment of Scars and photographs (MAPS)	X	X	X			X
Mc Gill Pain Questionnaire	X	X	X	X		X
MCRO	X		X			
Mesure circonférentielle	X		X			
Mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF)	X		X			X
Mesure en 8 avec un ruban	X		X			
MHAVIE	X		X			
Modified Vancouver Scar Scale	X	X	X			X
Nine hole peg test	X					
O'Connor Finger Dexterity Test	X					
O'Connor Tweezer Dexterity Test	X					
Pac-m			X			
Patient and Observer Scar Assessment scale (POSAS)	X	X	X			X
Pied à coulisse	X		X			
Pincemètre	X					
Pittsburgh Sleep Quality Index	X	X	X	X		X
Posttraumatic Stress Disorder Checklist Civilian Version (PCL-C)				X		
Protocole de Bruce modifié sur tapis roulant			X			
Psychological adjustment to illness inventory (PAIS)				X		
Questionnaire d'évaluation fonctionnelle de la bouche	X		X			
Questionnaire for Pruritus Assessment	X	X	X			X
Questionnaire maison	X	X	X	X	X	X
Questionnaire St-Antoine de la douleur	X	X	X	X		X
QuickDASH	X		X			
Rayon-x, scan, scintigraphie, EMG		X				
Règle stérile	X	X	X			X
Satisfaction With Appearance Scale (SWAP)	X	X	X	X	X	X
Satisfaction With Life Scale (SWLS)	X	X	X	X	X	X
Schéma corporel	X	X	X	X		X
Semmes-Weinstein monofilaments	X		X			
SF-36	X	X	X	X	X	X

Professions où l'outil à été présenté	Ergothérapie	Médecine	Physiothérapie	Psychologie	Service social	Soins infirmiers
Outils ou instruments de mesure						
Shuttle run test			X			
Shuttle walk test			X			
Sickness Impact Profile (SIP)	X	X	X	X	X	X
Silhouette mobile	X	X	X			X
Sleep Wake Activity Inventory	X	X	X	X		X
State-trait anxiety inventory				X		
Station unipodale et tandem			X			
Tandem Walk (TW) composante "forward"			X			
TEMPA	X		X			
Test de Astrand-Rhyming sur le vélo			X			
Test de marche de 6 minutes			X			
Timed Up and Go (TUG)			X			
Vancouver Scar Scale (VSS)	X	X	X			X
Vibralgic	X		X			
Volumètre avec le déplacement d'eau	X		X			
Weinstein Enhanced Sensory Test (WEST)	X		X			
AUTRES OUTILS NOMMÉS PAR LES CLINICIENS :						
Post-traumatic growth Inventory				X		
Questionnaire sur la santé du patient (PHQ9D)				X		
Grille de description de l'apparence des plaies						X
5 Ditch scale			X			
CROM			X			
SPADI			X			

Peu de documentation a été trouvé sur les outils utilisés auprès de cette clientèle en ce qui à trait à la nutrition pour le volet réadaptation, ainsi le tableau suivant a été remis à la nutritionniste du programme.

Outils (exemple : bilan calorique)	Indicateurs

ANNEXE L
OUTILS OU INSTRUMENTS DE MESURE QUI SONT UTILISES PAR AU MOINS UN INTERVENANT DU PROGRAMME GB

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> - Allodynographie - Balance corporelle - Balance électrique - Beaded Peg Test - Bilan articulaire avec entre autre l'inclinomètre - Bilan articulaire avec entre autre le goniomètre - Bilan articulaire avec entre autre le ruban à mesurer - Bilan calorique - Bilan musculaire - Biochimie (prises de sang) - Bout pointu d'une épingle (pique-touche) - Burn Specific Health Scale - DSM - Dynamomètre - Échelle d'équilibre de Berg - Échelle de Braden - Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique (EMST) - Échelle numérique - Entrevue avec la famille - Entrevue clinique - Entrevue clinique - Équations énergétiques Harris Benedict et l'Institut de Médecine - Esthésiographie - Estimation visuelle pour les amplitudes articulaires - Grille de description de l'apparence des plaies - Intervalle de perception chaud-froid (avec éprouvettes) - Journal de bord quotidien pour le prurit - Mesure circonférentielle | <ul style="list-style-type: none"> - Mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) - Modified Vancouver Scar Scale - Nine Hole Peg Test - Outil portant sur la fréquence de prise de médication - Pincemètre - Post-traumatic growth Inventory - Protocole de Bruce modifié sur le tapis roulant - Questionnaire d'évaluation fonctionnelle de la bouche - Questionnaire for Pruritus Assessment - Questionnaire maison - Questionnaire St-Antoine de la douleur - Questionnaire sur la santé du patient PHQ-9 - Rayon-x, scan, scintigraphie, EMG - Règle stérile - Schéma corporel - Semmem-Weinstein monofilaments - Silhouette Mobile - Station unipodale et tandem - TEMPA - Test de Astrand-Rhyming sur le vélo - Time Up and Go (TUG) - Vancouver Scar Scale (VSS) |
|--|---|

Total : 50 outils/instruments de mesure sont utilisés présentement dans le programme GB par au moins un intervenant.

ANNEXE M

LISTE DES OUTILS ET INSTRUMENTS DE MESURE QU'AU MOINS UN INTERVENANT AIMERAIT AVOIR DE L'INFORMATION

- Abbreviated Burn Specific Pain Anxiety Scale
- Agenda du sommeil
- Bilan musculaire manuel
- Brief Pain Inventory (BPI)
- Community Integretion Questionnaire (CIQ)
- Volumètre avec le déplacement d'eau
- Crawford
- Cybex
- Échelle visuelle analogue
- Grille d'observation des signes douloureux
- Grille sur la qualité du sommeil
- High Level mobility assessment battery (HIMAT)
- Journal de bord quotidien sur la douleur
- Lower Extremity Funstionnal Scale (LEFS)
- Lower Limb Funtionnal Index
- Mandibular Function Impairment Questionnaire (MFIQ)
- Mc Gill Pain Questionnaire
- MCRO
- Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF)
- MHAVIE
- Modified Vancouver Scar Scale
- Patient and Observer Scar Assessment Scale (POSAS)
- Questionnaire maison
- Questionnaire St-Antoine de la douleur
- Quick DASH
- Shoulder Pain and disabilities index (SPADI)
- Shuttle run test
- Shuttle walk test
- Sickness Impact Profile (SIP)
- Sleep Wake Activity Inventory
- Test de marche de 6 minutes
- Vancouver Scar Scale

Total : 32 outils/instruments de mesure qu'au moins un intervenant aimerait avoir de l'information

ANNEXE N
TABLEAU REPRESENTANT LES RESULTATS PORTANT SUR LA QUESTION
SUIVANTE : « SI VOUS AVIEZ CINQ MESURES A PRIORISER POUR
L’EVALUATION DES EFFETS, QUELS INDICATEURS ET QUELS OUTILS DE
MESURE CHOISIRIEZ-VOUS »

Catégories retenues (nombre de personnes ayant relevé ce terme)	Précisions des autres termes associés à chacune des catégories (nombre de personnes ayant relevé le terme correspondant)	Nombre de réponses « total » en lien avec la catégorie de concept retenue
Qualité de vie (1)	- BSHS-Brief (2) - BSHS (2)	6
Satisfaction de l'apparence des cicatrices et satisfaction with appearance scale (5)	- Apparence (1)	6
Douleur ou pain (6)		6
Reprise ou retour activités antérieures (4)		4
Mouvement ou AROM (2)		2
Prurit ou itch (3)		3
Cicatrices (2)	- POSAS (1)	3
Fonction	- Lower Extremity evaluation (1) - Upper limb fonctionnal index (1)	2
Dépression (2)		2
Sommeil ou sleep (2)		2
Plaies (1)		1
Biochimie (1)		1
Poids (1)		1
Syndrome de stress post traumatique ou TSPT (1)		1
Croissance personnelle	- Équilibre (croissance personnelle) après 2 ans : PTGI (1)	1
Satisfaction envers la vie	- Satisfaction With Life Scale (1)	1
Niveau de perception de récupération	- SIP sickness impact profile (1)	1
Niveau d'anxiété relié à la douleur	- BSPAS anxiety (1)	1
Niveau d'indépendance fonctionnelle	- Échelle des gains au congé (1)	1
Atteintes psychologiques	- Résolution des atteintes psychologiques (1)	1
<u>Autres indicateurs nommés</u> Il est à préciser que ces différents indicateurs sont reliés davantage aux trois autres types d'évaluation soit : celle des extraits, celle de la satisfaction et celle du fonctionnement. Ils seront donc pris en considération dans chacune des évaluations respectives.	- Temps de séjour hospitalisé - Temps d'attente pour chirurgie de reconstruction (ce qui augmente le temps en externe) - Temps de séjour en externe - Temps d'attente pour avoir accès aux divers professionnels (médecin spécialiste, physio, ergo, psycho, TS, etc.) - Temps d'attente de prise en charge lors de référence de patients dans leur région - Répondre aux questions du patient et de la famille (questionnaire spécifique) - Questionnaire à remplir en fin de traitement	

ANNEXE O
MODELE LOGIQUE REVISE DU PROGRAMME GB DE L'HRVM SUITE A
L'ETAPE DE VALIDATION AVEC L'EQUIPE DE RECHERCHE (2^{IEME}
VERSION)

But ultime	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser une qualité de vie optimale, comparable à l'état antérieur, chez la personne ayant subi des brûlures graves
Cible	<ul style="list-style-type: none"> • Adulte de seize ans et plus ayant subi des brûlures graves (voir ANNEXE T pour davantage de précisions), ou une réaction cutanée grave ou une condition nécessitant l'utilisation des ressources du CEPVBGOQ telles que des engelures ou des cicatrices hypertrophiques secondaires, et ses proches
Nature de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle de réadaptation / Approche globale centrée sur les besoins et les valeurs de l'utilisateur / Approche interdisciplinaire
Objectifs généraux	<ul style="list-style-type: none"> • Minimiser les risques de complications reliées aux troubles musculo-squelettiques et neurologiques afin d'optimiser l'autonomie • Diminuer les symptômes physiques pour favoriser le bien-être et la récupération • Limiter les symptômes psychosociaux pour favoriser le bien-être et une participation sociale optimale • Maximiser le développement des capacités physiques pour favoriser l'autonomie dans la réalisation des habitudes de vie • Maximiser l'autonomie dans les habitudes de vie pour favoriser une participation sociale optimale • Améliorer l'apparence des cicatrices pour favoriser la satisfaction personnelle, le bien-être et la participation sociale • Optimiser la réadaptation pour favoriser une participation sociale optimale
Ressources (intrants)	<ul style="list-style-type: none"> • Temporelles: Période de réadaptation variant entre 3 mois à 4 ans post-brûlures, il n'y a pas de période maximale ou minimale au programme (selon l'évolution de chacun des clients) • Matérielles: Locaux, ordinateurs, visioconférence, tables, chaises, lits électriques, équipements et fournitures spécialisés, modalités et outils pour les évaluations, activités thérapeutiques, matériel pour impression et communication, gymnase d'entraînement, chambres individuelles et semi-privées pour la clientèle hospitalisée • Informationnelles: Lois, documents des différents ordres professionnels, évaluations, plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, protocoles des interventions, programmation intégrée du CEPVBGOQ • Humaines: Programme composé d'une équipe interdisciplinaire (ergothérapeutes, physiothérapeutes, psychologues, équipe en soins infirmiers, nutritionniste, médecin, travailleur social, pharmacien, massothérapeute, assistant en réadaptation, dirigeants, équipe des services archives accueil, secrétaire, service de maintenance et d'entretien, chef de service), d'une équipe de recherche et de partenaires (plasticiens, physiatres, orthopédistes, CHUM Hôtel Dieu, Entraide Grands Brûlés, Fondation des pompiers du Québec, Centre d'expertise de l'Est du Québec, organismes payeurs (SAAQ, IVAC, CSST), CSSS desservant l'Ouest du Québec, fournisseurs (Ortho-Concept, Médicus, Remington), Centre de réadaptation Constance Lethbridge (masque compressif))
Activités de production	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation, dépistage précoce, thérapie individuelle et de groupe, traitement pharmacologique, enseignement, plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, suivi téléphonique
Extrants	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de clients, nombre de thérapies par discipline, nombre de personnes qui ont complété le programme, nombre de personnes qui ont abandonné le programme, nombre d'heures cliniques en temps direct, nombre de clients suivi par discipline
Effets ciblés	<ul style="list-style-type: none"> • Plaies guéries, douleurs moindre, meilleures capacités physiques, meilleur sommeil, symptômes de dépression moindres, démangeaisons moindres, symptômes du syndrome du stress post-traumatique (SSPT) moindres, meilleure satisfaction de l'image corporelle
Effet hors cible	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation aux conséquences des brûlures dans l'environnement de la personne

ANNEXE P

TABLEAU D'OBJECTIFS REVISES SUITE A L'ETAPE DE VALIDATION AVEC L'EQUIPE DE RECHERCHE (2^{IEME} VERSION)

BUT ULTIME : Favoriser une qualité de vie optimale, comparable à avant l'accident de brûlures, chez la personne ayant subi des brûlures graves							
OBJECTIFS GÉNÉRAUX							
Diminuer les symptômes physiques pour favoriser le bien-être et la récupération	Minimiser les risques de complications reliées aux troubles musculo-squelettiques et neurologiques afin d'optimiser l'autonomie	Maximiser le développement des capacités physiques pour favoriser l'autonomie dans la réalisation des habitudes de vie	Limiter les symptômes psychosociaux pour favoriser le bien-être et une participation sociale optimale	Maximiser l'autonomie dans les habitudes de vie pour favoriser une participation sociale optimale	Améliorer l'apparence des cicatrices pour favoriser la satisfaction personnelle, le bien-être et la participation sociale	Optimiser la réadaptation pour favoriser une participation sociale optimale	
OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES							
				Maximiser le développement des habitudes de vie reliées aux activités courantes pour optimiser la participation sociale	Maximiser le développement des habitudes de vie reliées aux rôles sociaux pour optimiser la participation sociale		
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES							
<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer les douleurs pour favoriser la récupération et le bien-être - Améliorer la qualité du sommeil pour favoriser la récupération - Diminuer l'œdème - Diminuer le prurit pour favoriser le bien-être - Favoriser un apport calorique adapté à la condition pour favoriser la récupération - Minimiser les atteintes sensibles de la peau pour favoriser le bien-être 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévenir les complications reliées aux troubles musculo-squelettiques et neurologiques - Guérir les plaies - Limiter le développement de cicatrices 	<ul style="list-style-type: none"> Maximiser : - le développement de la force musculaire - le degré d'amplitudes articulaires - le niveau d'équilibre - le niveau de tolérance à l'activité - le développement de la dextérité manuelle - le développement des forces de préhension et des pinces - le niveau de fonction des régions atteintes - la distance de marche - le niveau d'endurance cardiorespiratoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer le niveau de fonctionnement dans les activités quotidiennes reprises - Limiter les symptômes de dépression - Limiter les symptômes d'anxiété - Limiter le niveau de détresse - Limiter les symptômes de stress post-traumatique - Améliorer la satisfaction de l'image corporelle - Améliorer la satisfaction envers la vie - Améliorer l'estime de soi 	<ul style="list-style-type: none"> Maximiser l'autonomie des activités courantes reliées : - aux communications - aux déplacements - à la nutrition - à la condition corporelle - aux soins personnels - à l'habitation 	<ul style="list-style-type: none"> Maximiser la participation sociale dans les rôles sociaux reliés : - aux responsabilités - aux relations interpersonnelles - à la vie communautaire - à l'éducation - au travail - aux loisirs 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer l'épaisseur des cicatrices - Diminuer l'index d'érythème (vascularité) - Améliorer l'élasticité de la peau (souplesse) - Améliorer l'uniformité des cicatrices (aspect nodulaire) - Améliorer la satisfaction en égard aux cicatrices 	<ul style="list-style-type: none"> - Mobiliser la personne pour optimiser sa réadaptation - Assurer une réadaptation optimale en mobilisant, en soutenant et en informant les proches tout au long du processus de réadaptation - Assurer une réadaptation optimale en concertant et en favorisant la complémentarité des soins et des services offerts par les ressources externes - Assurer une réadaptation optimale et continue des soins et des services en communiquant et en soutenant les professionnels de la région de la personne

ANNEXE Q (SUR 7 PAGES)
TABLEAUX REPRESENTANT LES INDICATEURS ET LES OUTILS DE
MESURE RETENUS A LA SUITE DE L'ENTREVUE AVEC L'EQUIPE DE
RECHERCHE

L'entrevue avec l'équipe de recherche combinée à celle de consultation de l'outil de référence Burn Survivor Rehabilitation : Principles and Guidelines for the Allied Health Professional (2007) ont permis de cibler certains outils de mesure et indicateurs qui pourraient être pertinents à inclure dans la démarche évaluative du programme GB. Cet article a été consulté en relation avec la phase de réadaptation des personnes ayant subi des brûlures graves. Ainsi, les indicateurs et outils de mesure priorisés dans cet essai ne tiennent pas compte de la phase aiguë des traitements de brûlures. Il était pertinent de faire ressortir ces informations. Par contre, il est à noter qu'une recension des écrits complètes sur les différents outils et indicateurs n'a pas été faite. Ainsi, une consultation de la littérature en lien spécifique avec les différents éléments serait nécessaire afin de compléter et de préciser les informations fournies dans cet essai.

Les informations sont présentées sous forme de tableaux selon les grands thèmes des objectifs généraux pour en faciliter la lecture et le repérage. Des commentaires et recommandations précisent certains points. Les étoiles spécifient les éléments qui devraient être priorisés pour la mesure des interventions.

Thèmes : Signes et symptômes physiques

Sommeil		
Indicateurs	Outils	Commentaires
Nombre d'heures de sommeil	- Agenda du sommeil - Pittsburgh Sleep Quality Index	Aucune recommandation particulière sur les trois outils suivants : Pittsburgh Sleep Quality Index, Epworth Sleepiness Scale et Sleep Wake Activity Inventory.
Niveau de qualité du sommeil	- Grille sur la qualité du sommeil - Pittsburgh Sleep Quality Index - Epworth Sleepiness Scale (ESS) - Sleep Wake Activity Inventory (SWAI)	

Prurit		
Indicateurs	Outils	Commentaires
Fréquence des symptômes (par jour et par semaine)	- Journal de bord quotidien* - Questionnaire for Pruritus Assessment	Recommandations: Le Questionnaire for Pruritus Assessment n'est pas recommandé d'emblée en raison de sa longueur de passation ainsi que de son analyse qui en découle. Par contre, pour les patients qui présentent des problèmes persistants de démangeaisons il peut être pertinent à passer.
Durée des symptômes	- Journal de bord quotidien* - Questionnaire for Pruritus Assessment	
Intensité des symptômes	- Échelle visuelle analogue (EVA) - Questionnaire for Pruritus Assessment	L'intensité des douleurs n'est pas retenu comme étant un indicateur essentiel. Lorsque les patients présentent des démangeaisons, ils cotent la plupart du temps 9 ou 10/10 n'étant ainsi pas sensible.

Douleur		
Principaux indicateurs	Outils	Commentaires
Intensité des douleurs	- Échelle visuelle analogue* - Échelle numérique - Échelle faciale - Mc Gill Pain Questionnaire - Questionnaire St-Antoine de la douleur	<u>Recommandation</u> : L'équipe de recherche propose d'utiliser soit le questionnaire St-Antoine de la douleur ou le Mc Gill Pain Questionnaire. Alors que l'outil de référence « Burn Survivor Rehabilitation : Principles and Guidelines for the Allied Health Professional » recommande le Mc Gill Pain Questionnaire.
Intensité reliée à l'aspect désagréable de la douleur	- Échelle visuelle analogue* - Mc Gill Pain Questionnaire - Questionnaire St-Antoine de la douleur	
Fréquence des symptômes	- Journal de bord quotidien	<u>Particularités</u> :
Durée des symptômes	- Journal de bord quotidien	D'autres indicateurs peuvent être pertinents associés avec leur outils de mesure :
Fréquence de prise de médication	- Journal de bord	
Facteurs déclenchants ou aggravants	- Journal de bord	<u>Indicateur</u> :
Nombre de signes douloureux non verbaux	- Grille d'observation	Niveau d'anxiété par rapport à la douleur (il est recommandé lorsque l'anxiété interfère avec les traitements ainsi que pour les douleurs chroniques.)
Localisation de la douleur	- Schéma corporel - Mc Gill Pain Questionnaire	<u>Outils</u> : - The Burn Specific Pain Anxiety Scale (BSPAS)* - The Abbreviated Burn Specific Pain Anxiety Scale (A-BSPAS)* <u>Indicateur</u> : Niveau de kinésiophobie <u>Outil</u> : - TAMPA scale for kinesiophobia* <u>Indicateur</u> : Niveau de stratégie cognitive face à la douleur <u>Outil</u> : - Coping Strategies Questionnaire (CSQ)*

Œdème		
Indicateurs	Outils	Commentaires
Niveau d'œdème	- Volumètre avec le déplacement d'eau* - Mesure circonférentielle* - Mesure en 8 avec un ruban	

Apport calorique		
Indicateurs	Outils	Commentaires
- Nombre de calories ingérées par jour	- Bilan calorique	Une recherche approfondie sur ce sujet serait requise. Par contre, il est précisé que le suivi du poids est un élément important à faire tout au long du processus de réadaptation.
- Nombre de protéines ingérées par jour	- Bilan calorique	
- Prise de poids	- Balance corporelle	
- Indice de masse corporelle	- Formule mathématique (masse/taille ²) combiné à l'interprétation avec le graphique de l'indice de masse corporelle	

Thèmes : Systèmes : musculaire, squelettique, neurologique et cutané

Complications liées aux troubles musculo-squelettiques et neurologiques		
Indicateurs	Outils de mesure / Moyens	Commentaires
Résultats des tests diagnostiques et de dépistage	- Matériel médical de diagnostic (exemples : rayon-x, scan, scintigraphie, EMG, etc.)	Il est à préciser que pour les indicateurs et les outils de mesure présentés dans le tableau des capacités physiques et ceux des plaies et cicatrices doivent être également considérés.
Niveau de risque de développer une plaie de pression	- Échelle de Braden	
Taux de complication post-réadaptation	- Moyens : Recension, entrevue téléphonique, suivi en thérapie de contrôle	

Plaies		
Indicateurs	Outils de mesure	Commentaires
Superficie de la plaie	- Silhouette mobile* - Règle stérile - Visitrak (computerized tablet)	<u>Recommandations :</u> Il est recommandé de mesurer les plaies avec l'appareil « Silhouette mobile » puisqu'il permet des mesures objectives et permet d'observer l'évolution dans le temps.
Profondeur de la plaie	- Silhouette mobile* - Visitrak (computerized tablet)	
Apparence de la plaie	- Silhouette mobile* - Grille de description de l'apparence des plaies - Visitrak (computerized tablet)	

Cicatrices		
Indicateurs	Outils de mesure	Commentaires
Épaisseur des cicatrices	- Vancouver Burn Scar Scale (VBSS/VSS)* - Modified Vancouver Burn Scar Scale* - Échographe - Patient and Observer Scar Assessment scale (POSAS)*	- La VSS est une mesure subjective mais elle est très utilisée dans le domaine. - Le mexamètre, le cutomètre et l'échographe ont une excellente qualité psychométrique, valeur objective. Par contre, les outils sont dispendieux et prennent beaucoup de temps pour la passation.
Niveau d'uniformité des cicatrices (aspect nodulaire)	- Vancouver Scar Scale (VSS) - Patient and Observer Assessment Scale (POSAS)	Recommandation : Selon l'équipe de recherche, l'outil de mesure qui serait à privilégier est le « Patient and Observer Assessment Scale (POSAS) » puisqu'il tient compte de l'opinion du patient.
Niveau d'index de mélanine (pigmentation)	- Mexamètre - Matching Assessment of Photographs and Scars (MAPS)* - Patient and Observer Scar Assessment scale (POSAS)*	
Niveau d'index d'érythème (vascularité souvent associée au terme couleur)	- Mexamètre - Matching Assessment of Photographs and Scars (MAPS)* - Patient and Observer Scar Assessment scale (POSAS)*	
Niveau d'élasticité de la peau, souplesse	- Cutomètre (en mm) - Matching Assessment of Photographs and Scars (MAPS)* - Patient and Observer Scar Assessment scale (POSAS)*	
Surface (aire)	- Matching Assessment of Photographs and Scars (MAPS)* - Patient and Observer Scar Assessment scale (POSAS)*	

Atteintes sensibles		
Indicateurs	Outils	Commentaires
Niveau de perception à la pression (toucher léger)	- Semmes-Weinstein monofilaments Test* - Weinstein Enhanced Sensory Test (WEST)	Recommandation : Il est recommandé d'utiliser les monofilaments Semmes-Weinstein.
Niveau d'allodynie mécanique	- Allodynographie selon Spicher - Questionnaire Saint-Antoine de la douleur	
Niveau d'hypoesthésie	- Esthésiographie selon Spicher	
Niveau de sensibilité à la vibration	- Diapason - Vibralgic	
Niveau de perception à la température	- Intervalle de perception chaud-froid (avec éprouvettes)	
Niveau de sensibilité discriminatoire (discrimination 2 points)	- Compas de Weber - Pied à coulisse	
Niveau de sensibilité de protection	- Bout pointue d'une épingle (pique-touche)	

Thème : Capacités physiques

Indicateurs	Outils	Commentaires
Niveau de force musculaire	<ul style="list-style-type: none"> - Dynamomètre manuel* - Isokinetic test (Cybex) - Isometric test (Cybex) - Bilan musculaire manuel 	Le dynamomètre manuel, est le « goal standard ». Par contre, le désavantage est que le temps de passation est plus long comparativement au bilan musculaire.
Degré d'amplitude articulaire (mouvements isolés et combinés) (actif et passif)	<ul style="list-style-type: none"> - Goniomètre* - Inclinomètre* - Estimation visuelle* - Atteintes fonctionnelles* - Ruban à mesurer - Index de Kapandji* - Méthode de Boyes - Faciometer (pour les mesures du visage) 	
Niveau d'équilibre	<ul style="list-style-type: none"> - Échelle de Berg* - Test simple de station unipodale - Tandem walk test - Timed Up and Go (TUG) 	
Niveau de dextérité manuelle	<ul style="list-style-type: none"> - Nine hole peg test - Beaded peg test - Perdue Pegboard - Crawford - O'Connor Finger Dexterity Test - O'Connor Tweezer Dexterity Test 	Il est difficile de statuer sur cet aspect. Ça dépend de plusieurs facteurs comme l'emploi antérieur. L'outil « Crawford » était intéressant mais il n'est plus produit. Le Nine Hole Peg Test apparaît être un outil intéressant pour la clientèle hospitalisée. Deux articles sont recommandés sur le sujet, par contre, ils ne sont pas spécifiques à la clientèle.
Niveau de force de préhension et des pinces	- Dynamomètre* et pincemètre	
Niveau de fonction	<p><u>Des membres supérieurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Test Évaluant la performance des Membres supérieurs des Personnes Âgées (TEMPA)* - Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH)* - Quick-DASH* - Upper Extremity Function Test* <p><u>Des mains :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jebsen Hand Function Test* - Hand Tool Dexterity Test de Bennet - Michigan Hand Outcomes Questionnaire (MHQ)* - Sollerman Hand Grip Function Assessment (SODA)* 	Le DASH ou le Quick-DASH sont des outils intéressants. Par contre, il est apporté comme précision que les activités de ce test inclut aussi d'autres capacités (par exemple : le fait de jardiner comporte des capacités reliées également aux membres inférieurs). Ainsi, en l'analysant, on doit s'assurer

Indicateurs	Outils	Commentaires
	<p><u>Des membres inférieurs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lower Extremity Function Scale (LEFS)* - Lower Limb Functionnal Index <p><u>De la bouche :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnaire d'évaluation fonctionnelle de la bouche* (tient compte également des mouvements de la bouche) - Mandibular Function Impairment Questionnaire (MFIQ) 	d'avoir les bonnes données c'est-à-dire qu'il ne représente pas nécessairement le niveau d'incapacité des membres supérieurs.
Distance de marche	- Roue à mesurer numérique ou odomètre	
Niveau de fatigue ressentie	- Échelle de BORG*	
Vitesse de marche	- Chronomètre en fonction d'une distance donnée	
Niveau de tolérance à l'activité	- Grille d'observations de la durée d'une activité lors de mises en situation	
Niveau d'endurance cardiorespiratoire	<ul style="list-style-type: none"> - VO2 max - Shuttle walk test* - 6 minute walk test* - Pac-m - Protocole de Bruce modifié sur tapis roulant - Test de Astrand-Rhyming sur le vélo - Shuttle run test - 3 minutes step-test 	Le VO2 max est l'outil présentant les meilleures qualités métrologiques. Par contre, par rapport au critère de faisabilité le shuttle walk test ainsi que le test de marche de 6 minutes seraient à privilégier.

Thème : Autonomie dans les habitudes de vie

Indicateurs	Outils	Commentaires
Niveau de profil de participation sociale (avec sous-dimensions : niveau de réalisation des habitudes de vie, types d'aide requis et niveau de satisfaction)*	- Mesure des habitudes de vie (MHAVIE) abrégé*	Recommandations : L'outil MHAVIE est recommandé, c'est la version courte qui est à privilégier.
Niveau d'indépendance fonctionnelle	- Mesure de l'indépendance fonctionnelle (MIF)*	L'outil MCRO, est intéressant
Niveau de perception du client à l'égard de son rendement occupationnel dans les domaines des soins personnels, de la productivité et des loisirs	- Mesure canadienne du rendement occupationnel (MCRO)	particulièrement pour les ergothérapeutes et pour la mesure de l'évaluation des effets.
Niveau d'intégration dans la communauté	- Community Integration Questionnaire (CIQ)	
Niveau de performance dans les activités quotidiennes	- Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)*	
Retour au travail	- Fréquence de retour au travail*	

Thèmes : Symptômes psychosociaux

Indicateurs	Outils	Commentaires
Niveau d'autoperception de sa santé mentale	- Brief symptom inventory*	
Niveau de dépression	- Beck Depression Inventory-II* - Échelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression (MADRS) - Psychological Adjustment to Illness Inventory (PAIS)	L'outil « Inventaire de dépression de Beck » est beaucoup utilisé.
Niveau d'anxiété	- IPAT anxiety scale - State-trait anxiety inventory - Institute for personality and anxiety testing anxiety scale - Beck Anxiety Inventory*	
Niveau de détresse	- Brief symptom inventory	
Niveau de sévérité des symptômes liés au SSPT	- Échelle modifiée des symptômes du trouble de stress post-traumatique (EMST) - Échelle diagnostique de trouble de stress post-traumatique (EDT) - Entrevue clinique TSPT - Posttraumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version (PCL-C)* - Impact of event scale (IES)* ou Impact of event scale-revised*	- L'outil « impact of event scale » (IES) » est beaucoup utilisé.
Degré de satisfaction de l'image corporelle	- Satisfaction With Appearance Scale (SWAP)	
Niveau de satisfaction de sa vie	- Satisfaction With Life Scale (SWLS)	
Niveau d'estime de soi		Consultation de la littérature et d'experts à faire plus spécifiquement à ce niveau.
Niveau de satisfaction en regard aux cicatrices	- Patient and Observer Assessment Scale (POSAS)	
Niveau de qualité de vie	- Burn Specific Health Scale (BSHS)* - BSHS-Brief* - BSHS-Revised* - SF-36*	Le BSHS-B est recommandé pour sa spécificité et pour sa passation rapide. Par contre, le SF-36 est intéressant pour la comparaison avec d'autres types de clientèles étant donné qu'il est beaucoup utilisé dans la littérature.

ANNEXE R
MODELE LOGIQUE REVISE DU PROGRAMME GB DE L'HRVM SUITE A
L'ETAPE DE VALIDATION AVEC L'EQUIPE DES INTERVENANTS (3^{IEME}
VERSION)

But ultime	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser une qualité de vie optimale, comparable à l'état antérieur, chez la personne ayant subi des brûlures graves
Cible	<ul style="list-style-type: none"> • Adulte de seize ans et plus ayant subi des brûlures graves (voir ANNEXE T pour davantage de précisions), ou une réaction cutanée grave ou une condition nécessitant l'utilisation des ressources du CEPVBGOQ telles que des engelures ou des cicatrices hypertrophiques secondaires, et ses proches
Nature de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> • Modèle de réadaptation / Approche globale centrée sur les besoins et les valeurs de l'utilisateur / Approche interdisciplinaire
Objectifs généraux	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuer les signes et les symptômes physiques pour favoriser le bien-être et la récupération • Minimiser les risques de complications reliées aux troubles musculo-squelettiques et neurologiques afin d'optimiser l'autonomie • Maximiser le développement des capacités physiques pour favoriser l'autonomie dans la réalisation des habitudes de vie • Diminuer les symptômes psychosociaux pour favoriser le bien-être et une participation sociale optimale • Maximiser l'autonomie dans les habitudes de vie pour favoriser une participation sociale optimale • Améliorer le système cutané pour favoriser le bien-être et la participation sociale • Maximiser la réadaptation pour favoriser une participation sociale optimale
Ressources (intrants)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Temporelles</u>: Période de réadaptation variant entre 3 mois à 4 ans post-brûlures, il n'y a pas de période maximale ou minimale au programme (selon l'évolution de chacun des clients) • <u>Matérielles</u>: Ensemble des installations et appareillages de l'hôpital • <u>Informationnelles</u>: Lois, documents des différents ordres professionnels, évaluations, plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, protocoles des interventions, programmation intégrée du CEPVBGOQ • <u>Humaines</u>: Programme composé d'une équipe interdisciplinaire d'intervenants de 9 spécialités et du personnel d'encadrement et de soutien, d'une équipe de recherche et de partenaires (plasticiens, physiatres, orthopédistes, CHUM Hôtel Dieu, Entraide Grands Brûlés, Fondation des pompiers du Québec, Centre d'expertise de l'Est du Québec, organismes payeurs, CSSS desservant l'Ouest du Québec, fournisseurs, Centre de réadaptation Constance Lethbridge et Centre de réadaptation Lucie Bruneau)
Activités de production	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation, dépistage précoce, thérapie individuelle et de groupe, traitement pharmacologique, enseignement, plan d'intervention interdisciplinaire individualisé, suivi, etc.
Extrants	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de clients, nombre de thérapies par discipline, nombre de personnes qui ont complété le programme, nombre de personnes qui ont abandonné le programme, nombre d'heures cliniques en temps direct, nombre de clients suivi par discipline, etc.
Effets ciblés	<ul style="list-style-type: none"> • Signes et symptômes physiques diminués, risques de complications minimisés, capacités physiques maximisées, symptômes psychosociaux diminués, autonomie dans les habitudes de vie maximisée, système cutané amélioré, participation sociale optimisée
Effet hors cible	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilisation aux conséquences des brûlures dans l'environnement de la personne

ANNEXE S

TABLEAU D'OBJECTIFS REVISES SUITE A L'ETAPE DE VALIDATION AUPRES DES INTERVENANTS (3^{IEME} VERSION)

BUT ULTIME : Favoriser une qualité de vie optimale, comparable à l'état antérieur, chez la personne ayant subi des brûlures graves							
OBJECTIFS GÉNÉRAUX							
Diminuer les signes et les symptômes physiques pour favoriser le bien-être et la récupération	Minimiser les risques de complications reliées aux troubles musculo-squelettiques et neurologiques afin d'optimiser l'autonomie	Maximiser le développement des capacités physiques pour favoriser l'autonomie dans la réalisation des habitudes de vie	Diminuer les symptômes psychosociaux pour favoriser le bien-être et une participation sociale optimale	Maximiser l'autonomie dans les habitudes de vie pour favoriser une participation sociale optimale	Améliorer le système cutané pour favoriser le bien-être et la participation sociale	Maximiser la réadaptation pour favoriser une participation sociale optimale	
OBJECTIFS INTERMÉDIAIRES							
				Maximiser le développement des habitudes de vie reliées aux activités courantes pour optimiser la participation sociale	Maximiser le développement des habitudes de vie reliées aux rôles sociaux pour optimiser la participation sociale		
OBJECTIFS SPÉCIFIQUES							
<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer les douleurs pour favoriser la récupération et le bien-être - Améliorer la qualité du sommeil pour favoriser la récupération - Diminuer l'œdème - Diminuer le prurit pour favoriser le bien-être - Favoriser un apport calorique adapté à la condition pour favoriser la récupération 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévenir les complications reliées aux troubles musculo-squelettiques et neurologiques 	Maximiser : <ul style="list-style-type: none"> - Le développement de la force musculaire - Le degré d'amplitudes articulaires (mouvements isolés et combinés) - Le niveau d'équilibre - Le niveau de tolérance à l'activité - Le développement de la dextérité manuelle - Le développement des forces de préhension et des pinces - Le niveau de fonction des régions atteintes - La distance de marche - La vitesse de marche - Le niveau d'endurance cardiorespiratoire 	<ul style="list-style-type: none"> - Diminuer les symptômes de dépression - Diminuer les symptômes d'anxiété - Diminuer les symptômes de détresse - Diminuer les symptômes de stress post-traumatique - Améliorer la satisfaction de l'image corporelle - Améliorer la satisfaction envers la vie - Améliorer l'estime de soi - Améliorer le niveau de fonctionnement dans les habitudes de vie - Améliorer la satisfaction en égard aux cicatrices 	Maximiser l'autonomie des activités courantes reliées : <ul style="list-style-type: none"> - aux communications - aux déplacements - à la nutrition - à la condition corporelle - aux soins personnels (incluant les soins de santé) - à l'habitation 	Maximiser la participation sociale dans les rôles sociaux reliés : <ul style="list-style-type: none"> - aux responsabilités - aux relations interpersonnelles - à la vie communautaire - à l'éducation - au travail - aux loisirs 	<ul style="list-style-type: none"> - Prévenir les plaies - Guérir les plaies le plus rapidement possible - Limiter le développement des cicatrices pathologiques - Diminuer l'épaisseur des cicatrices - Diminuer l'index d'érythème (vascularité) - Améliorer l'élasticité de la peau (souplesse) - Améliorer l'uniformité des cicatrices (aspect nodulaire) - Minimiser les atteintes sensitives de la peau (allodynie et hypoesthésie) pour favoriser le bien-être 	Assurer une réadaptation optimale : <ul style="list-style-type: none"> - en mobilisant, en impliquant, en soutenant et en informant la personne tout au long du processus de réadaptation - en mobilisant, en soutenant et en informant les proches tout au long du processus de réadaptation - en harmonisant et en favorisant la complémentarité des soins et des services offerts par les ressources internes - en harmonisant et en favorisant la complémentarité des soins et des services offerts par les ressources externes (partenaires) - et continue des soins et des services en communiquant et en soutenant les professionnels de la région de la personne

ANNEXE T

DESCRIPTION DETAILLEE DE LA CLIENTELE CIBLE DU PROGRAMME GB⁸

Critères d'admissions généraux :

- sevrage de la trachéotomie avant le transfert. Si cela s'avère impossible à court terme :
 - 1) absence de risque d'obstruction aigüe si décanulation accidentelle ;
 - 2) pas de soins immédiats incompatibles avec les ressources d'un milieu de réadaptation ;
 - 3) information spécifique lors de la demande d'admission avec mise à jour au moment du transfert;
 - 4) Soins trachéo : maximum de trois aspirations q 8 heures. Maintien SaO2 Air ambiant $\geq 92\%$ depuis au moins 24 heures.
- dans tous les cas, pas de dépendance ventilatoire
- pas de drain thoracique
- si alimentation entérale, gastrostomie ou jéjunostomie d'alimentation
- gavage par tube nasogastrique uniquement si gastrostomie ou jéjunostomie contre-indiquée
- pas de cathéter veineux via veines jugulaire, sous-clavière, axillaire ou fémorale
- pas de cathéter central autre que cathéter long sous-cutané (Port-a-Cath), Broviac ou accès veineux sous-cutané (PICC line)
- pas de perfusion héparine I.V.
- pas de transfusion
- pas de bloc épidural

Critères spécifiques d'admission pour le programme « grands brûlés »:

- brûlures du 2^e profond et du 3^e degré sur plus de 10 % de la surface corporelle chez les adultes de plus de 50 ans ;
- brûlures du 2^e profond ou du 3^e degré sur plus de 20 % de la surface corporelle chez les adultes de 16 à 50 ans ;
- brûlures du 3^e degré sur plus de 5 % de la surface corporelle ;
- brûlures du 2^e ou du 3^e degré impliquant le visage, les mains, les pieds, les organes génitaux, le périnée ou les articulations majeures ;
- brûlures électriques, y compris par la foudre ;
- brûlures causées par le froid (engelures);
- brûlures chimiques ;
- brûlures des voies respiratoires ;
- lésions sévères secondaires à des atteintes du système cutané : épidermolyse bulleuse, syndrome de Steven Johnson, fasciite nécrosante, dégantement cutané, etc. ;
- brûlures accompagnées d'autres traumatismes ou maladies significatives pouvant compliquer les soins, allonger le temps de guérison ou affecter le risque de mortalité ;
- brûlures accompagnées d'autres traumatismes pour lesquels le risque de mortalité et de morbidité est plus élevé à cause des brûlures.

Tiré du Cadre de référence – Services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et soins subaigus, 2007, p. 29-30

⁸ Autorisation pour utilisation et diffusion de renseignements donnée et fournie par l'établissement, présentée à l'ANNEXE V.

ANNEXE U (SUR 2 PAGES)
GRILLE D’EVALUATION DES PROCEDURES : PROCESSUS D’ADMISSION⁹



Grille d’évaluation des procédures

Sujet : Processus d’admission pour les personnes victimes de brûlures graves

Évaluateur : _____ Date : _____

Énumérer les étapes à suivre lors du processus d’admission	Cocher si étapes réalisées
1. Rencontre mensuelle interdisciplinaire du centre d’expertise (CHUM et VM) pour la présentation des usagers en phase aiguë en prévision du transfert éventuel vers les services de réadaptation.	
2. Planification du transfert des usagers en réadaptation (date prévue).	
3. Identification des équipements spécialisés requis en vue de l’arrivée de l’usager en réadaptation (matelas, tubes, vac...etc.).	
4. Réception de la demande d’admission (DSIE) et vérification du statut d’infection nosocomiale	
5. Réservation du lit pour le lendemain en tenant compte de son statut d’infection nosocomiale.	
6. Validation de la médication nécessaire via le service de pharmacie.	
7. Information envoyée au service de distribution et stérilisation pour la commande d’équipements spécialisés.	
8. Information donnée à l’équipe interdisciplinaire de l’arrivée de l’usager.	
9. Admission de l’usager par le service d’accueil : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Réception et validation de l’enveloppe qui contient les documents de l’hôpital d’origine; ➤ Transfert de l’usager dans un fauteuil roulant de l’hôpital ; 	

⁹ Autorisation pour utilisation et diffusion de renseignements donnée et fournie par l’établissement, présentée à l’ANNEXE V.

<ul style="list-style-type: none"> ➤ In formations générales sur le séjour en réadaptation ; ➤ Signature du consentement ; ➤ Prise de photo ; ➤ Informations concernant la formulation d'une plainte ; ➤ Transfert à l'unité de soins par le brancardier du service d'accueil. 	
10. Arrivée de l'usager et de son enveloppe d'admission à l'unité de soins et prise en charge immédiate par l'équipe interdisciplinaire.	

Approuvé par :	Responsable :
En vigueur le :	Révisé le :

ANNEXE V
AUTORISATION POUR L'UTILISATION ET LA DIFFUSION DE DOCUMENTS
DEVELOPPES ET APPARTENANT A L'HRVM DANS LE PRESENT ESSAI

Autorisation pour l'utilisation et la diffusion de documents développés et appartenant à l'Hôpital de réadaptation Villa Medica dans un essai synthèse à l'intention de l'obtention du grade de maîtrise en pratiques de la réadaptation de l'Université de Sherbrooke

Je Ronald Dutil, DSP, (RENALD DUTIL,

_____ , Hôpital de réadaptation Villa Medica), autorise Marie-Andrée Couture,

candidate à la maîtrise en pratiques de la réadaptation de l'Université de Sherbrooke, à utiliser,

nommer et présenter dans le cadre de son essai synthèse les documents et les informations

suivants :

- Grille d'évaluation des procédures

Sujet : Rencontre interdisciplinaire pour les personnes victimes de brûlures graves

- Grille d'évaluation des procédures

Sujet : Processus d'admission pour les personnes victimes de brûlures graves

- Grille d'évaluation des procédures

Sujet : Processus d'évaluation pour le suivi des personnes victimes de brûlures graves

- Grille d'évaluation des procédures

Sujet : Rencontre interdisciplinaire pour les personnes victimes de brûlures graves

- Grille d'évaluation des procédures

Sujet : Planification du congé pour les personnes victimes de brûlures graves

- Code d'éthique de l'Hôpital de réadaptation Villa Medica

- Critères d'admission généraux au programme « grands brûlés »

- Objectifs pour prévenir les événements indésirables

- Programmation intégrée du centre d'expertise de l'Ouest du Québec

En foi de quoi j'ai signé :

Ronald Dutil, signé le 3 avril 2013 à Montréal

avec comme témoin Hazel Lefebvre,
(HAZEL, LEFEBVRE) signé le

03/04/2013, à Montréal

ANNEXE W (SUR 2 PAGES)

GRILLE D'ÉVALUATION DES PROCÉDURES : PROCESSUS D'ADMISSION¹⁰



Grille d'évaluation des procédures

Sujet : Processus d'évaluation pour le suivi des personnes victimes de brûlures graves

Évaluateur : _____

Date : _____

Énumérer les étapes à suivre lors du processus d'évaluation	Cocher si étapes réalisées
Journée de l'admission :	
1. L'infirmière rencontre l'usager afin de procéder à : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Collecte des données soins infirmiers; ➤ Préparation du PTI ➤ Validation des médicaments à partir du profil pharmaceutique; ➤ Prélèvements pour les infections nosocomiales (sarm narine); ➤ Informations sur le fonctionnement de l'étage (pansement, douche...etc.); ➤ Adaptations fournies au besoin (bracelet, éponge, ustensiles adaptés...etc.); ➤ Observations des repas; ➤ Prise du poids et la taille; ➤ Évaluation de la douleur (échelle analogue de la douleur) et du prurit (échelle analogue du prurit) L'infirmière inscrit les informations au dossier de l'usager	
2. Évaluation médicale par le médecin omnipraticien de l'unité de soins et inscription de l'Information, prescription et recommandations au dossier de l'usager. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Bilan comparatif des médicaments 	
3. Rencontre de l'usager avec la diététiste pour les besoins alimentaires et inscription de l'information au dossier de l'usager.	
4. Évaluation sommaire conjointe de l'ergothérapeute et d'un physiothérapeute : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inscription de l'évaluation sur la feuille d'évaluation à l'admission; ➤ Rencontre avec l'infirmière chef d'équipe pour les recommandations spécifiques (mobilisation, marche...etc.) 	
Jour 2 :	
1. Évaluation des plaies par l'infirmière en présence de l'ergothérapeute et du physiothérapeute en prévision du plan de traitement.	

¹⁰ Autorisation pour utilisation et diffusion de renseignements donnée et fournie par l'établissement, présentée à l'ANNEXE V.

2. Évaluation des activités de la vie quotidienne (hygiène et habillage) par l'infirmière chef d'équipe et inscrits au plan de soins.	
3. Évaluation conjointe détaillée de l'aspect biopsychosociale de l'usager par l'ergothérapeute et le physiothérapeute.	
4. Rencontre d'évaluation sociale par la travailleuse sociale.	
5. Rencontre d'évaluation par le psychologue.	
6. Prise en charge pour le suivi de traitement par l'équipe interdisciplinaire : ➤ Discussion avec l'usager pour déterminer les objectifs de réadaptation.	

Approuvé par :	Responsable :
En vigueur le :	Révisé le :

**ANNEXE X (SUR 2 PAGES)
GRILLE D’EVALUATION DES PROCEDURES : RENCONTRE
INTERDISCIPLINAIRE¹¹**



Grille d’évaluation des procédures

Sujet : Rencontre interdisciplinaire pour les personnes victimes de brûlures graves

Évaluateur : _____ Date : _____

Énumérer les étapes à suivre lors de la rencontre interdisciplinaire	Cocher si étapes réalisées
Présentation initiale de l’équipe interdisciplinaire	
1. Rencontre hebdomadaire de l’équipe interdisciplinaire : <ul style="list-style-type: none"> ➤ Présentation des évaluations de chaque discipline; ➤ Nomination du gestionnaire de cas; ➤ Rédaction du plan d’intervention interdisciplinaire individualisé (PIII) incluant les objectifs des habitudes de vie de l’usager; ➤ Présentation du plan d’intervention interdisciplinaire individualisé (PIII) à l’usager par le gestionnaire de cas. 	
Suivi des rencontres interdisciplinaires hebdomadaires	
1. Suivi de l’évolution de l’état de santé de l’usager et de ses habitudes de vie.	
2. Modification des objectifs selon l’évolution de l’usager.	
3. Organisation de plan de sortie de l’usager; <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rencontre de famille; ➤ Sorties de fin de semaine; ➤ Contact avec les partenaires du milieu pour le continuum de soins et services; ➤ Planification en besoin d’équipements; ➤ Visite à domicile. 	
Informations consignées dans le plan d’intervention interdisciplinaire individualisé. (PIII).	

¹¹ Autorisation pour utilisation et diffusion de renseignements donnée et fournie par l’établissement, présentée à l’ANNEXE V.

4. Planification d'une date possible de congé	

Approuvé par :	Responsable :
En vigueur le :	Révisé le :

ANNEXE Y (SUR 2 PAGES)
GRILLE D’EVALUATION DES PROCEDURES : PLANIFICATION DU CONGE¹²



Grille d’évaluation des procédures

Sujet : Planification du congé pour les personnes victimes de brûlures graves

Évaluateur : _____ Date : _____

Énumérer les étapes à suivre lors de la planification du congé	Cocher si étapes réalisées
Présentation finale de l’équipe interdisciplinaire	
1. Suite aux rencontres interdisciplinaires, la date de congé a été prévue.	
2. Présentation des évaluations finales de chaque discipline.	
3. Revue détaillée du plan d’intervention interdisciplinaire individualisé (PIII).	
4. Vérification de l’atteinte des objectifs du PIII.	
5. Décision de maintenir la date prévue du congé ou de le reporter à une date ultérieure.	
Congé	
Selon les options suivantes :	
A) Aucun suivi	
1. Prescription médicale donnée à l’usager.	
2. Pharmacie avisée des médicaments requis.	
3. Sommaire du dossier envoyé au médecin de famille.	
4. DSIE envoyée au CSSS d’appartenance.	
5. Date de contrôle donnée au besoin et coordonnées des intervenants fournies à l’usager.	
B) Avec suivi dans sa région	
1. CSSS avisé du suivi nécessaire pour le continuum de soins.	
2. Centre de réadaptation du territoire avisé.	
3. Formation réalisée avec les intervenants du continuum de soins au besoin.	

¹² Autorisation pour utilisation et diffusion de renseignements donnée et fournie par l’établissement, présentée à l’ANNEXE V.

Énumérer les étapes à suivre lors de la planification du congé	Cocher si étapes réalisées
4. Prescription médicale donnée à l'utilisateur.	
5. Pharmacie avisée des médicaments requis.	
6. Sommaire du dossier envoyé au médecin de famille.	
7. DSIE envoyée au CSSS d'appartenance.	
8. Date de contrôle donnée au besoin et coordonnées des intervenants fournies à l'utilisateur.	
C) Avec suivi des services ambulatoires de Villa Medica	
1. Prescription médicale donnée à l'utilisateur.	
2. Pharmacie avisée des médicaments requis.	
3. Sommaire du dossier envoyé au médecin de famille.	
4. DSIE envoyée au CSSS d'appartenance.	
5. Date du premier rendez-vous donné à l'utilisateur.	
6. Remise du guide de l'utilisateur pour les services ambulatoires.	
5. Prise en charge par les intervenants de Villa Medica.	

Approuvé par :	Responsable :
En vigueur le :	Révisé le :

ANNEXE Z CODE D'ETHIQUE DE L'HOPITAL DE READAPTATION VILLA MEDICA¹³



Code d'éthique

Considérant que la *Mission* de l'hôpital Villa Medica est d'offrir des soins et des services de réadaptation, le code d'éthique énonce les droits des usagers ainsi que les pratiques et conduites attendues de tous les intervenants.

Protection et qualité de vie

Reconnaissant que le séjour en réadaptation est une étape permettant de maximiser le potentiel de récupération :

Nous nous engageons :

- à entretenir l'ambiance chaleureuse et accueillante particulière à notre milieu ;
- à retenir que la dimension humaine est primordiale dans la prestation des soins et services ;
- à maintenir une attitude d'écoute et d'empathie dans les rapports quotidiens
- à offrir un environnement salubre, confortable et sécuritaire répondant à vos besoins.

Franchise dans les rapports humains

Reconnaissant l'intérêt d'une communication saine et ouverte entre les usagers et les intervenants :

Nous nous engageons :

- à vous informer sur la nature des traitements et des médicaments offerts dans un langage clair et accessible ;
- à respecter le secret professionnel et à faire preuve de discrétion pour tout ce qui entoure votre vie privée ;
- à vous accorder l'attention requise facilitant ainsi l'expression de vos opinions et commentaires.

Responsabilités des usagers

Conscient que le processus de la réadaptation implique une prise en charge de votre part, vous avez reconnu l'importance :

- de participer aux traitements ;
- de collaborer au plan d'intervention vous concernant ;
- de respecter les droits et libertés des autres usagers ;
- d'agir avec respect envers les intervenants.

Autonomie de la personne

Reconnaissant que le séjour en réadaptation est axé sur la récupération maximale et tenant compte des limites physiques de notre environnement :

Nous nous engageons :

- à offrir des soins et services adaptés à vos besoins spécifiques ;
- à développer des moyens favorisant votre propre prise en charge ;
- à partager nos connaissances pour faciliter vos choix ;
- à respecter votre liberté d'accepter ou de refuser un traitement ou une médication et à vous supporter dans vos décisions.

Équité et respect des valeurs d'autrui

Reconnaissant l'importance accordée aux notions d'équité et de respect :

Nous nous engageons :

- à entretenir des rapports directs, justes et sincères avec vous ;
- à faire preuve de convenance et de réserve dans nos relations avec vous ;
- à respecter vos valeurs, vos croyances morales, religieuses et culturelles.

L'élaboration du code d'éthique de l'hôpital Villa Medica est le résultat d'une consultation menée auprès de plusieurs groupes d'usagers qui ont tous séjourné dans notre établissement.

225, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2X 1C9 Téléphone : (514) 288-8201 Télécopieur : (514) 288-7076

¹³ Autorisation pour utilisation et diffusion de renseignements donnée et fournie par l'établissement, présentée à l'ANNEXE V.