

LA RÉFORME DES SOINS DE SANTÉ... QUELS EFFETS SUR LES AÎNÉS?

GUIDE D'ÉVALUATION PARTICIPATIVE



Conseil consultatif national sur le troisième âge
Ottawa
K1A 1B4

On peut se procurer des renseignements sur ce rapport auprès du :

Conseil consultatif national sur le troisième âge

Immeuble Jeanne-Mance, 8^e étage

Indice de l'adresse : 1908 A1

Ottawa (Ontario)

K1A 1B4

Phone: (613) 957-1968

Fax: (613) 957-7627

Courriel: seniors@hc-sc.gc.ca

Internet: <http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>

Patricia Raymaker,
Présidente

Nancy Garrard
Directrice,
Division du vieillissement et des aînés

La Division du vieillissement et des aînés, Santé Canada, fournit un appui fonctionnel au Conseil consultatif national sur le troisième âge.

1^{ère} impression, 1998

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada

N° de cat : H39-453/1998F

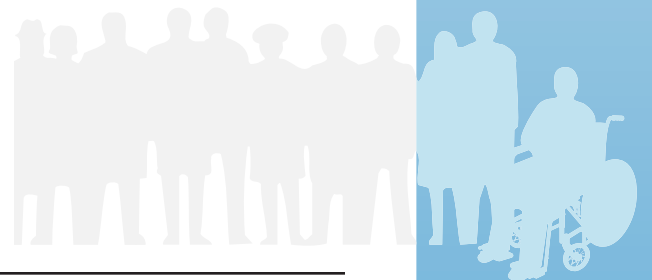
ISBN: 0-662-83260-4

Also available in English under the title: *How are health reforms affecting seniors? A participatory evaluation guide.*

Cette publication est disponible sur l'Internet à l'adresse indiquée plus haut.

REMERCIEMENTS

La réforme des soins de santé... quels effets sur les aînés? Guide d'évaluation participative a été rédigé pour le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA) par Elaine Gallagher, professeure à l'École des soins infirmiers de l'Université de Victoria, C.-B., assistée de Nancy Gnaedinger et de Shannon Mullen. Le *Guide* intègre quelques-uns des éléments principaux de deux autres rapports préparés pour le CCNTA par Marcus Hollander, de Hollander Analytical Services, Victoria, C.-B. On peut consulter ces rapports dans leur version intégrale sur le site Web du CCNTA (<http://www.hc-sc.gc.ca/seniors-aines>). Ils fournissent une vue d'ensemble des réformes des soins de santé effectuées dans les provinces et territoires canadiens, les résultats d'un sondage auprès des aînés visant à connaître leurs opinions et leurs valeurs relativement au système de santé, ainsi qu'un cadre d'analyse pour faciliter l'évaluation des réformes des soins de santé.



AVANT-PROPOS

Ce *Guide d'évaluation participative* est l'aboutissement de trois années de recherche et d'analyse par le Conseil consultatif national sur le troisième âge (CCNTA). C'est un outil d'évaluation à l'intention des fournisseurs de soins et services, des groupes d'aînés et d'autres intervenants qui souhaiteraient évaluer l'incidence des réformes des programmes de santé sur la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins de santé destinés aux aînés et à leurs familles. Dans une première étape, les membres du CCNTA ont interviewé des aînés et leurs soignants pour apprendre quelles étaient leurs attentes en matière de services de santé. Les valeurs exprimées par les aînés et leurs soignants lors de ce sondage ont servi de fondement au présent guide d'évaluation. Le CCNTA a ensuite passé en revue les réformes du système de santé dans les provinces et territoires canadiens et examiné l'incidence possible de ces réformes sur les soins aux aînés. Puis un cadre d'évaluation a été mis au point pour élucider une série de questions d'évaluation, d'indicateurs de succès et de sources d'information. Enfin, on a procédé à la production d'un guide pratique d'évaluation qui intègre les éléments-clés des recherches du CCNTA sur les valeurs des aînés, les réformes de la santé dans les provinces et territoires et le cadre d'évaluation.

Le CCNTA espère que le présent *Guide* encouragera les planificateurs et administrateurs provinciaux et locaux en matière de santé et de services sociaux à accorder au moins la même importance aux préoccupations et aux valeurs de la clientèle qu'ils desservent qu'aux nécessités d'administration du système. Dans bien des juridictions les détenteurs de fonds publics exigent de plus en plus, avant de délier les cordons de la bourse, que les agences dispensatrices démontrent qu'elles offrent des services de qualité à des prix concurrentiels. Le présent *Guide* offre un outil d'évaluation qui s'utilise aisément et qui permet aux agences de répondre à ces attentes et d'adapter leurs services aux besoins et aux désirs de leur clientèle. Le *Guide* fournit aux aînés et à leurs soignants des renseignements qui peuvent les aider à bien participer aux évaluations des services. Enfin, et c'est peut-être ce qui a le plus d'importance, ce document permet pour la première fois d'énoncer clairement les priorités des aînés et de leurs soignants en matière de soins de santé et de soins à domicile et d'utiliser ces priorités comme barèmes d'évaluation des résultats. Le CCNTA souhaite qu'un grand nombre de planificateurs, de fournisseurs de services et d'organisations d'aînés adopteront l'approche d'évaluation décrite dans ce *Guide*.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION	5
Objet du présent <i>Guide</i>	5
Pourquoi choisir l'évaluation participative?	5
Tableau 1 : Attentes et préoccupations des aînés et des aidants naturels.	6
Qui devrait participer à l'évaluation?	7
Sur quoi doit porter l'évaluation?	8
Quand procéder à l'évaluation?	9
Combien de temps faut-il pour réaliser une évaluation?	9
Combien coûte une évaluation?	10
À qui appartient l'évaluation?	10
CHAPITRE 2 : CADRE POUR UNE APPROCHE D'ÉVALUATION PARTICIPATIVE	11
Principes de l'évaluation participative	11
Différences entre l'approche « descendante » et l'approche « ascendante »	11
Obstacles à la participation des aînés et de leurs soignants	12
Étapes d'un processus d'évaluation	13
Tableau 2 : Activités reliées aux étapes d'une évaluation	14
Planification de l'évaluation	14
Étape 1 : Préciser les motifs de l'évaluation	15
Étape 2 : S'informer au sujet du programme	16
Étape 3 : Mettre sur pied une équipe diversifiée	17
Étape 4 : Déterminer les questions d'évaluation	17
Étape 5 : Définir les indicateurs du succès	21
Étape 6 : Choisir les méthodes de collecte de données et les sources d'information	22
Étape 7 : Simplifier (décider de ce qui est réalisable)	22
Étape 8 : Produire un cadre d'évaluation	23
CHAPITRE 3 : SÉLECTION DES INDICATEURS DU SUCCÈS	25
Objet des indicateurs et de leurs mesures	25
Normes de « bons » indicateurs	25
Des indicateurs, des indicateurs et encore des indicateurs.	26
Tableau 3 : Exemple d'une approche participative à l'évaluation d'un programme de réduction des jours d'hospitalisation	27
CHAPITRE 4 : CHOIX D'UNE MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE ET D'UNE MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES	29
Choisir une méthodologie de recherche	29



L'utilisation (ou la non-utilisation) de l'expérience comme méthode	29
Modèles d'expérience modifiée.	29
Études descriptives et autres types de modèles.	30
Les méthodes de collecte de données et leurs sources	31
Méthodes qualitatives	31
Groupes de discussion	31
Entrevues individuelles ouvertes	32
Photographies.	32
Études de cas	32
Analyses des incidents critiques	33
Méthodes quantitatives	33
Sondages	33
Utilisation des données secondaires	34
Collecte des données	35
À quelle fréquence recueillir des données?	35
Qui devrait recueillir les données?	35
Obtenir le consentement des participants	35
CHAPITRE 5 : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES	37
Analyse des données qualitatives.	37
Analyse des données quantitatives.	37
Compilation et communication des résultats de l'évaluation	38
CONCLUSION	40
Annexe 1 Tableau 1 : Avantages de la régionalisation.	41
Tableau 2 : Risques inhérents à la régionalisation.	42
Annexe 2 Tableau 1 : Indicateurs rattachés aux services.	44
Tableau 2 : Indicateurs rattachés aux fournisseurs de services	56
Tableau 3 : Indicateurs rattachés au système de prestation des services.	62
Annexe 3 Modèle de lignes directrices pour réaliser une entrevue qualitative	68
Annexe 4 Modèle de lignes directrices pour l'organisation d'une discussion de groupe	70
Annexe 5 Modèle de grille d'entrevue pour une étude qualitative	71
Annexe 6 Modèle de questionnaire sur l'état de santé (quantitatif).	75
Annexe 7 Modèle de formulaire de consentement à l'entrevue	76
BIBLIOGRAPHIE.	77

CHAPITRE 1 : INTRODUCTION

1

Objet du présent Guide

Ce *Guide* se veut un document d'utilisation pratique pour aider à évaluer dans quelle mesure les politiques et les services nouveaux ou déjà en place dans les domaines social et de la santé répondent aux besoins et aux attentes des aînés et de leurs soignants, et ce, au regard des valeurs et critères qui sont les leurs. Il s'adresse aux organismes d'aînés, aux conseils régionaux de la santé, aux organismes de soins de santé et de soins à domicile, aux soignants familiaux et à toute autre personne ou organisation qui s'intéresse à l'évaluation des soins de santé et des soins à domicile dispensés au Canada à l'échelle régionale ou locale.

Ce guide cherche à faciliter l'évaluation, un processus qui consiste à recueillir et à analyser de l'information sur un programme, un projet ou un service afin de déterminer dans quelle mesure il est efficace. Dans le cadre d'une évaluation, on se demande habituellement comment le service fonctionne (le processus) et quelles sont ses répercussions sur les bénéficiaires (les résultats). Une évaluation peut également porter sur des facteurs comme la suffisance ou l'insuffisance des ressources, ou sur des questions stratégiques plus vastes pouvant influencer la prestation du service. Le présent *Guide* ajoute une perspective toute particulière aux ressources actuelles en matière d'évaluation :

- il permet de faire valoir les opinions et les valeurs des aînés et de leurs soignants, de même que celles des administrateurs, des décideurs, des bailleurs de fonds, des consultants et des fournisseurs de services;
- il situe l'évaluation dans le contexte historique actuel de la réforme des soins de santé;
- il décrit de façon détaillée une approche dynamisante et participative vis-à-vis de l'évaluation;
- il peut servir de fondement aux démarches visant à améliorer la qualité et la souplesse des services à l'intention des aînés et de leurs soignants.

Pourquoi choisir l'évaluation participative?

Le *Guide* a été rédigé en partant du principe que les efforts d'évaluation doivent tenir compte de ce que les aînés canadiens et leurs aidants naturels (la famille et les amis) jugent important dans les services de santé et de soins à domicile. L'approche reconnue la plus efficace s'appelle « évaluation participative ». L'évaluation participative est généralement effectuée par les personnes visées par l'évaluation. L'essence de l'évaluation participative tient au principe fondamental qui consiste à puiser dans les ressources physiques et intellectuelles de la collectivité pour laquelle et de laquelle on envisage d'éventuelles mesures. L'évaluation participative repose donc sur la perspective des personnes touchées et vise à faire de l'acquisition du savoir et de la mise en oeuvre des mesures un processus partagé.



Se fondant sur cette approche, le CCNTA a tenu dans l'ensemble du Canada en 1996 des entrevues et des discussions de groupe avec des aînés et des aidants naturels. On leur demandait d'exprimer leurs valeurs et attentes en ce qui concerne les soins de santé et les soins à domicile qu'ils recevaient. Les réponses des aînés ont été regroupées sous trois sujets : les services, les fournisseurs de services et le système de santé. Le tableau I qui suit présente pour chaque sujet les attentes et préoccupations des aînés et des soignants consultés, à l'aide de brèves descriptions exprimées le plus possible dans les mots utilisés par les aînés eux-mêmes.

Malgré la taille très restreinte de l'échantillon (13 aînés, 12 soignants et deux groupes de discussion), l'étude a fait ressortir des schèmes de valeurs évidents, dans certains cas très différents de ce que l'on retrouvait dans les rapports d'évaluations antérieures. Nous n'avons pas encore procédé à l'examen ou au classement de ces attentes et préoccupations par ordre de priorité. Il se peut aussi que la liste soit incomplète et que des valeurs différentes puissent ressortir selon l'expérience ou le service de santé utilisé. Néanmoins, cette liste des attentes et des préoccupations – ou une autre liste semblable – devrait constituer le point de départ d'une évaluation participative qui met à contribution les utilisateurs des services de santé.

Tableau 1 : Attentes et préoccupations des aînés et des aidants naturels

ATTENTES ET PRÉOCCUPATIONS	BRÈVE DESCRIPTION
1. Services	
Efficacité	Les symptômes ont disparu; je suis en meilleure santé; le service a produit les résultats escomptés.
Suffisance	On n'a fait que ce qui était nécessaire; je ne veux pas servir de cobaye.
Disponibilité	On offre un vaste éventail de services, dont la surveillance et le suivi après une maladie grave et de l'aide pour entretenir ma propriété.
Continuité et constance	Les professionnels ont besoin de communiquer entre eux; j'aime que le personnel reste le même et je m'inquiète quand il y a des arrêts de travail.
Acceptabilité	Le service est compatible avec mes valeurs : respect de ma vie privée, de ma dignité et de mes préférences culturelles.
Souplesse et adaptabilité	Il est possible d'adapter les règles à l'évolution de mes besoins.
Coût abordable	J'en ai pour mon argent; le prix n'est pas au-dessus de mes moyens; les médicaments doivent être d'un coût abordable ou je ne les prendrai pas.
Accessibilité	Des visites à domicile sont effectuées au besoin par le physiothérapeute, le laboratoire ou le médecin; le délai d'attente entre les rendez-vous est raisonnable; le service est offert à proximité de mon domicile.
Opportunité	Le service est offert au bon moment et à la bonne vitesse; on n'a pas à subir des changements imprévus dans le calendrier des services.
Service axé sur la famille	On a pris la peine d'inclure les personnes de ma famille qui me soignent dans les étapes de planification et d'instruction de mes soins.
Contrôle et choix	On nous a permis de faire nos propres choix et de prendre nos décisions.

2. Fournisseurs de soins et services	
Communication claire et honnête	Les choses se font par écrit; on me communique tous les faits; on me téléphone régulièrement; que l'on me montre comment et j'apprendrai.
Bienveillance attentionnée	Je me sens écouté; on a de la considération pour moi.
Effort supplémentaire	Le service dépasse le minimum requis : j'ai quelquefois besoin d'instructions, de fournitures ou de temps supplémentaires.
Anticipation des besoins à venir	Le personnel sait ce qui s'en vient et anticipe ce dont j'aurai besoin afin d'établir un plan.
Compétence et formation	Le personnel est compétent et bien formé; il inspire confiance.
Intérêt pour les clients	On veut vraiment connaître mon opinion.
Temps consacré aux clients	Le personnel me donne le temps de poser des questions ou même de me plaindre si certaines choses ne fonctionnent pas; et le temps de faire des choses moi-même avec leur aide.
3. Système de soins de santé	
Personnel suffisant	Il y a assez de personnel pour accomplir les tâches. Disponibilité du transport. Le transport est disponible si et quand j'en ai besoin.
Rôle élargi des bénévoles	On fournit aux aînés retraités des occasions d'apporter leur aide à des aînés et d'utiliser leurs connaissances.
Coordination des services	Bonne coordination lorsque plusieurs services entrent en jeu, pas de discontinuité.
Milieus appropriés pour les soins	La plupart de mes soins peuvent être dispensés à la maison et certains, à la clinique externe de l'hôpital; on se sent chez soi.
Possibilités de soins autogérés	Nous avons davantage de contrôle sur le choix et le paiement des dispensateurs de services.
Préoccupations au sujet des médicaments	Je m'inquiète lorsque des médicaments nécessaires sont éliminés ou bien lorsqu'un médicament est remplacé par un autre, moins cher.
Plus de souplesse relativement aux nouvelles options de soins	Il faudrait moins de «bureaucratie» pour permettre la réalisation de nouvelles idées, comme des foyers de groupe.

Qui devrait participer à l'évaluation?

Il faut d'abord se demander qui devrait participer à un exercice d'évaluation. Traditionnellement, les évaluations étaient surtout confiées à des personnes de l'extérieur de l'organisation, comme des universitaires, des consultants et des vérificateurs. On parlait en effet du principe que pour qu'une évaluation soit précise et fiable, l'évaluateur devait adopter une position totalement détachée et objective. Le personnel et les clients servaient surtout d'informateurs ou de « sujets » au cours du processus. Il y planait souvent un certain mystère, d'où une source de frustration et de ressentiment chez ceux et celles dont le travail ou les soins faisaient l'objet de l'évaluation. Dans bien des cas, les questions posées relevaient plus des intérêts du chercheur ou de l'évaluateur que des intérêts des consommateurs des services.



L'évaluation participative idéale fait appel aux points de vue d'un éventail d'intervenants : les bailleurs de fonds, les gestionnaires, le personnel responsable de la prestation des programmes et, surtout, les bénéficiaires des services de santé et de soins à domicile et leur famille. C'est là qu'interviennent les aînés et les proches qui les soignent. Lorsque se prennent les décisions sur ce qu'il importe d'évaluer et sur les questions à poser, il faut premièrement que les aînés et leurs soignants puissent communiquer leurs valeurs, leurs expériences, leurs idées et leurs opinions au sujet du service faisant l'objet de l'évaluation. Deuxièmement, ils doivent participer à la réalisation proprement dite de l'évaluation. Ils peuvent par exemple contribuer au contenu des questions d'évaluation et des outils de collecte de données (comme les questionnaires) et réaliser des entrevues. Troisièmement, les aînés et leurs soignants peuvent prendre part à l'interprétation des résultats de l'évaluation et formuler des recommandations reposant sur ses conclusions. Finalement, ils peuvent aider à déterminer comment il y a lieu d'appliquer les recommandations.

Une bonne évaluation nécessite souvent la participation d'au moins un professionnel qui sache comment réaliser une enquête systématique à l'aide de méthodes de recherche en sciences sociales. Cette personne peut aider à la conception des méthodes de collecte de l'information nécessaire. Un consultant compétent reconnaîtra l'importance de bien connaître le service à évaluer, appréciera la valeur de l'expérience de ses bénéficiaires et s'assurera de la participation et du soutien des dispensateurs du service avant d'amorcer l'étape de la conception d'une évaluation.

Sur quoi doit porter l'évaluation?

En général, l'évaluation portera sur deux aspects d'un programme : ses activités et ses résultats. En d'autres mots, elle tournera surtout autour des questions suivantes : « Faisons-nous ce que nous étions censés faire et dans quelle mesure le faisons-nous efficacement? » et « Quelles sont les répercussions (les effets à court terme) ou les résultats (les effets à long terme) de nos efforts? » Il est aussi important de savoir pourquoi ou comment une politique ou un programme a fonctionné ou n'a pas fonctionné que de savoir s'il a fonctionné ou non.

On devrait aussi procéder à une évaluation de la suprastructure administrative ou des procédés qui déterminent les services à offrir, leurs mécanismes de prestation et les critères d'admissibilité à les recevoir. Par exemple, dans plusieurs provinces le contrôle de la prestation des services de santé est maintenant dévolu aux autorités ou conseils de santé régionaux. La régionalisation devrait en principe améliorer la prestation des services, mais nous ne savons pas encore si elle a produit les avantages escomptés ou si elle a abouti à des résultats fâcheux. Une liste des avantages et des risques possibles de la régionalisation élaborée par Marcus Hollander est présentée à l'Annexe 1. Il suffit de mentionner ici que la régionalisation est l'une des nombreuses réformes du système de santé effectuées dans toutes les régions du Canada et qu'elle doit être évaluée relativement aux attentes qu'ont les aînés et les autres Canadiens de leur système de santé.

Beaucoup d'évaluations portent sur l'efficacité, les efforts et l'efficience. Pour évaluer l'efficacité, on examine si les buts et les objectifs sont atteints. Pour évaluer les efforts, on se penche sur le type et la qualité des activités mises de l'avant en vue de réaliser les objectifs du programme – ce sont souvent des évaluations très subjectives. Pour évaluer l'efficience, on détermine et on évalue les coûts relatifs des activités par rapport aux buts fixés et atteints. Ces questions sont examinées en profondeur dans le reste du *Guide*.

Quand procéder à l'évaluation?

On peut procéder à des évaluations à différentes étapes de l'élaboration d'un programme. Le mieux serait d'établir des critères d'évaluation au cours de la planification initiale de tout nouveau programme et d'inscrire certaines questions d'évaluation dans le cadre d'un processus de surveillance constante. En posant les questions d'évaluation au tout début d'un programme, on s'assure d'en clarifier les buts et les objectifs pour toutes les personnes concernées et de recueillir dès le départ des données qui pourront servir à l'évaluation.

On peut procéder à des études d'évaluation à différents moments. Le plus souvent, on effectue des **évaluations du processus** assez tôt après la mise en oeuvre d'un programme, pour en contrôler le rendement et pour s'assurer que les activités se déroulent comme prévu. Quant aux **évaluations des résultats**, elles visent à déterminer l'impact de programmes mieux établis. Les deux types d'évaluation fournissent des renseignements utiles aux décisions relatives à l'amélioration des programmes.

Plusieurs évaluateurs sont d'avis qu'il faudrait évaluer les programmes et les services tous les deux ans. Les projets qui sont limités dans le temps devraient faire l'objet d'un contrôle durant la mise en oeuvre et d'une évaluation peu de temps avant leur conclusion. Le fait de recueillir des données à différents moments permet de surveiller les changements qui peuvent, dans certains cas, être attribués aux effets du programme. Cela permet aussi d'étudier les schèmes d'expérience des gens plutôt que de procéder à des analyses sélectives ponctuelles.

Combien de temps faut-il pour réaliser une évaluation?

Les méthodes d'évaluation ont changé au cours des dernières années. L'époque des évaluations d'envergure, longues et coûteuses et des rapports volumineux est révolue. Compte tenu des budgets réduits et du besoin de données à jour sur les résultats, les évaluations sont plus ciblées, plus rapides et les rapports sont plus concis et opportuns. Il s'agit même parfois de présentations orales appuyées de certaines données statistiques.

Le temps requis pour effectuer une évaluation dépend de l'importance, de la portée et de la complexité du programme, du projet ou du service qui en fait l'objet. Par exemple, un service qui comporte cinq volets, qui couvre une grande région rurale et



plusieurs petites municipalités et dont les gestionnaires changent fréquemment sera plus long à évaluer qu'un service unique dont l'administration est stable et qui couvre une zone urbaine restreinte.

L'étape de la planification d'une évaluation – qui consiste à planifier la méthodologie et à élaborer et mettre à l'essai les outils de collecte des données – est extrêmement importante. Si elle comporte des lacunes, l'évaluation ne permettra pas d'obtenir des résultats utiles et significatifs; il faut donc consacrer du temps à cette étape préparatoire. Les étapes d'une évaluation sont décrites dans le chapitre 2.

Combien coûte une évaluation?

Le coût d'une évaluation dépend d'un certain nombre de facteurs : l'étendue et la complexité du programme, la portée de l'évaluation, les honoraires de l'évaluateur et de ses assistants rémunérés, les frais de déplacement, d'appels interurbains, de télécopieur et de fournitures de bureau et les méthodes utilisées. Certaines méthodes sont jugées plus coûteuses que d'autres, parce qu'elles nécessitent plus de temps. Les entrevues individuelles sont par exemple coûteuses à cause du temps nécessaire pour les réaliser, les transcrire et faire l'analyse des résultats. On doit en mesurer le coût en fonction des avantages; les entrevues individuelles peuvent en effet permettre de recueillir l'information qualitative la plus utile et la plus détaillée.

Les contraintes budgétaires influencent généralement les décisions relatives à la portée, à la profondeur, au niveau de détail et à la méthodologie d'une évaluation. Un professionnel versé dans la conduite d'évaluations ou d'autres recherches appliquées sera en mesure de vous dire ce que vous pouvez faire et à quel coût. Il arrive souvent que des organismes appuient d'une façon autre que financière les études d'évaluation en fournissant des locaux, des téléphones ou télécopieurs, des fournitures de bureau ou des bénévoles. Cela peut réduire le coût global d'une évaluation. En établissant votre budget, assurez-vous d'inclure les sommes nécessaires à la production et à la diffusion des résultats obtenus.

À qui appartient l'évaluation?

Le processus d'évaluation appartient à tous les participants. Le rapport de l'évaluation appartient d'abord et avant tout à l'agence ou l'organisme qui en paie le coût ou qui en fait la demande. C'est le cas pour toute recherche appliquée. Si l'organisme ou l'organisation procède à une évaluation **participative**, les résultats appartiennent cependant aussi à l'ensemble des participants et des intervenants concernés, étant donné que les résultats sont le fruit de leur collaboration.

Un conseiller en évaluation qui effectue des évaluations participatives en communique généralement les résultats de façon régulière au reste de l'équipe ou du comité d'évaluation et il discute du rapport final (y compris de la façon de mettre en oeuvre les recommandations) plutôt que de simplement le faire parvenir à l'organisme ou à l'organisation qui a payé l'étude.

CHAPITRE 2 : CADRE POUR UNE APPROCHE D'ÉVALUATION PARTICIPATIVE

2

L'évaluation participative offre un partenariat qui reconnaît que les partenaires ont chacun certaines connaissances mais que ni les uns ni les autres ne savent tout. En travaillant ensemble, les partenaires peuvent non seulement augmenter leurs connaissances mais aussi améliorer leur façon d'acquérir ces connaissances.

Principes de l'évaluation participative

Différences entre l'approche « descendante » et l'approche « ascendante »

Jusqu'à tout récemment, les évaluations de programmes financés par le gouvernement étaient souvent des comptes rendus descriptifs des services offerts (c.-à-d. à qui, quand et comment) ou en rapports sommatifs rédigés par des consultants de l'extérieur qui, selon les résultats d'un programme, en recommandaient la poursuite ou l'abolition. Ces études avaient tendance à faire appel à des méthodes de recherche quantitative (et à produire de grandes quantités de chiffres). En général, les questions de l'évaluation étaient définies par des évaluateurs externes en consultation avec les bailleurs de fonds du programme et les cadres supérieurs, dont les préoccupations étaient avant tout d'ordre systémique. Par exemple, les questions pouvaient porter sur la période d'attente éliminée dans les salles d'urgence depuis l'introduction d'une ligne téléphonique d'information-santé fonctionnant 24 heures sur 24, ou encore, sur la somme d'argent économisée par la réduction du nombre d'heures d'aide à domicile allouées dans une région ou province. Une évaluation de ce genre est dite « descendante. » L'avantage de cette approche est qu'elle permet aux bailleurs de fonds et aux gestionnaires d'obtenir l'information qu'ils jugent importante au sujet d'un programme, d'un projet ou d'un service pour ensuite intégrer directement les données aux décisions relatives à certaines questions comme les budgets.

Maintenant, toutefois, les évaluations ont tendance à inclure des questions relativement au *processus* (comptes rendus des services offerts, à qui, quand et comment) et aux *résultats* (quelle est l'incidence du programme sur un certain groupe cible et sur les autres parties touchées). Elles font appel à la fois à des méthodes de recherche quantitative et qualitative.

La portée et les priorités de l'évaluation participative sont en général établies par un groupe d'intéressés et de participants – y compris de clients ou de consommateurs – dont les points de vue sont diversifiés. En outre, l'équipe d'évaluation discute habituellement des recommandations et de leur mise en oeuvre avec tous les participants. Une évaluation de ce type est dite « ascendante. »



Les principes de l'évaluation participative ou « ascendante » sont résumés comme suit dans le *Guide d'évaluation de projet : Une démarche participative* (1996, p. 3) de Santé Canada :

- L'évaluation participative met l'accent sur l'apprentissage, la réussite et l'action. Les participants eux-mêmes deviennent sensibilisés, informés et habilités, grâce à ce processus.
- Elle doit être utile aux consommateurs, aux administrateurs et au personnel de première ligne chargé d'accomplir le travail à évaluer.
- Il s'agit d'une démarche continue, organisée de manière à ce que tous les participants puissent utiliser l'information recueillie, non seulement à la fin du projet, mais aussi en cours de route.
- C'est aussi une démarche qui tient compte de la progression du changement sur le plan des connaissances, des attitudes, des compétences et des comportements.
- Un comité directeur de l'évaluation, plutôt qu'un évaluateur de l'extérieur, est chargé de formuler les questions précises de l'évaluation, de définir les indicateurs du succès et de fixer des délais d'exécution réalistes.

L'approche « ascendante » présente notamment les avantages suivants :

- En intégrant au processus les intervenants, y compris les employés du programme, les bénéficiaires du service et d'autres personnes, on s'assure de leur collaboration.
- En ayant recours à de multiples points de vue dans le cadre de la conception de l'évaluation et de la collecte des données, il est possible d'acquérir une meilleure compréhension d'un programme, d'un projet ou d'un service.
- La mise en valeur et l'utilisation de l'expérience des utilisateurs permet d'apprendre de nouvelles choses.
- Les résultats sont utiles et significatifs pour tous les participants à l'évaluation et leur appartiennent.

L'adoption d'une approche participative signifie donc que des représentants de toutes les personnes touchées par un programme participent au processus d'évaluation et que leurs connaissances et leur expérience ont la même valeur. Pour effectuer une telle évaluation, il est indiqué de faire appel à un consultant qui possède de l'expérience des projets collectifs ainsi que des organismes populaires et qui se sent à l'aise de partager le rôle de direction et de recevoir des directives du groupe.

Obstacles à la participation des aînés et de leurs soignants

Certains facteurs pourraient constituer des obstacles à la participation des aînés et des soignants âgés à toute activité « scientifique » officielle comme une évaluation de programme. Ces obstacles peuvent être de nature psychologique, sociale ou physique.

Les obstacles psychologiques peuvent inclure le manque d'estime de soi ou de confiance en soi des aînés, qui ne sont pas nécessairement conscients de la valeur de leur expérience et de leur sagesse. Les femmes âgées peuvent aussi avoir tendance à ne pas exprimer leurs opinions et à laisser les hommes dominer la discussion au cours des consultations. La plupart des personnes âgées n'ont pas autant d'instruction que les jeunes. En fait, certaines pourraient avoir des difficultés de lecture ou d'écriture parce qu'elles n'ont pas eu la chance d'aller à l'école pendant la grande crise et la Seconde Guerre mondiale. Cela peut les embarrasser et les empêcher de participer.

Par ailleurs, les aînés et les soignants récemment immigrés pourraient être moins enclins à participer à un processus de consultation de type ouvert qui ne leur est pas familier. Le fait que des aînés puissent ne pas se sentir à l'aise de travailler avec des gens d'un statut social plus élevé que le leur (par exemple, des médecins) peut également constituer un obstacle social à leur participation. Un autre obstacle d'ordre social est lié au revenu : certains aînés et soignants n'ont peut-être pas assez d'argent pour se rendre aux rencontres en voiture ou même en autobus.

Parmi les obstacles physiques à la participation des personnes âgées, on note les conditions climatiques, comme la glace et la neige (qui peuvent limiter leur participation pendant plusieurs mois de l'année), l'absence de moyen de transport pour se rendre aux réunions et l'inaccessibilité des édifices. Parmi les autres obstacles physiques liés au vieillissement, notons la perte d'acuité visuelle ou auditive, qui peut limiter la pleine participation des aînés aux rencontres et aux consultations.

Les soignants naturels ont souvent souligné le fait qu'ils ont déjà une lourde charge quotidienne et donc peu de temps pour des activités supplémentaires. Ce n'est souvent qu'une fois que leur compagne ou leur compagnon est placé dans un établissement ou après son décès qu'ils peuvent trouver le temps et l'énergie de prendre part à des activités bénévoles comme une évaluation participative. Les connaissances et l'expérience de ces personnes sont précieuses, étant donné qu'elles ont vécu de près les réalités entourant la prestation de soins à un membre de la famille souffrant d'une maladie invalidante ou chronique.

Les animateurs d'évaluations doivent être au courant de ces obstacles et trouver des moyens de les surmonter. Beaucoup d'aînés apprécieront que les rencontres se tiennent le jour, dans des immeubles faciles d'accès et situés sur une grande artère, dans des pièces confortables, bien chauffées, bien éclairées et ayant une bonne qualité acoustique.

Étapes d'un processus d'évaluation

Nous avons énoncé les principes d'une évaluation participative. Mais comment cela se passe-t-il en pratique? Le tableau 2 qui suit livre un aperçu schématique des principales tâches et étapes que comporte un projet d'évaluation. Le reste de ce chapitre traite plus en détails de la première de ces étapes, la planification, selon une approche participative.



Tableau 2 : Activités reliées aux étapes d'une évaluation

ÉTAPES	ACTIVITÉS
Étape 1 : Planification	Préciser les motifs de l'évaluation.
	S'informer au sujet du programme.
	Mettre sur pied une équipe ou un comité diversifié.
	Déterminer les questions d'évaluation.
	Définir les indicateurs du succès.
	Choisir les méthodes de collecte de données et les sources d'information.
	Simplifier (décider de ce qui est réalisable).
	Produire par écrit un plan ou un cadre d'évaluation incluant un plan de travail et un budget.
Étape 2 : Collecte des données	Effectuer un essai préliminaire de l'outil de collecte des données.
	Former le personnel responsable de la collecte des données.
	Recueillir les données.
Étape 3 : Analyse et interprétation des données	Coder ou rassembler les données brutes.
	Effectuer l'analyse en fonction des questions de recherche. Produire des sommaires sous forme de tableaux ou de graphiques.
Étape 4 : Rédaction et diffusion du rapport	Produire un rapport détaillé des méthodes utilisées et des résultats de l'étude.
Étape 5 : Utilisation pour la révision du programme	Transmettre les résultats aux personnes en mesure d'appliquer les recommandations.

Planification de l'évaluation

L'étape la plus importante d'une évaluation est sa préparation, laquelle consiste à :

1. préciser les motifs de l'évaluation;
2. s'informer au sujet du programme;
3. mettre sur pied une équipe ou un comité diversifié, qui inclut des aînés et des soignants naturels;
4. déterminer les questions d'évaluation;
5. définir les indicateurs du succès, à la fois des activités ou du processus du programme et des répercussions et résultats du programme;
6. choisir les méthodes de collecte de données et les sources d'information;
7. simplifier (décider de ce qui est réalisable);
8. produire par écrit un plan ou un cadre d'évaluation.

Chacune de ces étapes est décrite en détails ci-après. Bien qu'elles soient présentées chronologiquement, on découvre souvent qu'elles ne se déroulent pas dans un ordre rigide et qu'il peut s'avérer nécessaire de les revoir en cours de route. Par conséquent,

considérez-les comme une carte routière plutôt qu'une prescription, en reconnaissant que souvent, plus d'une route peut mener à une destination donnée.

Étape 1 : Préciser les motifs de l'évaluation

La toute première tâche consiste à déterminer en vue de quoi on fait l'évaluation. L'initiative peut venir de l'interne, c'est-à-dire du personnel, du conseil d'administration ou des clients, ou de l'extérieur, c'est-à-dire d'organismes de financement; il peut s'agir aussi d'une condition « d'accréditation ». Quelle que soit la raison de l'initiative, vous devez déterminer clairement pourquoi vous souhaitez procéder à une évaluation, ce que vous voulez évaluer et qui utilisera l'information recueillie.

La liste de contrôle suivante vous aidera à évaluer la nécessité d'une évaluation. Avez-vous besoin...

- de mieux planifier, c'est-à-dire de procéder à une planification plus conforme aux besoins des aînés?
- de présenter des faits concrets à la direction pour orienter ses décisions relatives à la modification d'un programme?
- d'acquérir de nouvelles connaissances au sujet des valeurs, des priorités et de la satisfaction de la clientèle d'un programme?
- de générer de nouvelles idées en vue de modifier un programme à partir des réels besoins des consommateurs (évaluation ascendante) ?
- d'évaluer la rentabilité d'un programme afin d'en justifier le financement ou d'en demander la hausse à des conseils ou à d'autres organismes de financement?
- d'aider les dispensateurs de soins à comprendre ce qui fonctionne bien et ce qu'il faut modifier?
- de faire connaître le travail des dispensateurs et d'accroître leur fierté?
- de mieux faire connaître l'incidence de la réforme des soins de santé sur la vie des aînés?

Une autre question connexe à laquelle vous souhaitez répondre dès le début du processus est la suivante : « À quoi serviront les résultats de l'évaluation? ». Si elle vise à cerner les lacunes sur le plan des programmes ou à définir le besoin d'un service, vous devez procéder à une **évaluation des besoins**. Si elle a pour but de déterminer l'efficacité d'un programme en place dans le but de le modifier et de l'améliorer, vous devez effectuer une évaluation **formative**, ou évaluation du processus. Ce type d'évaluation est axé sur le processus (comment se font les choses) plus que sur les résultats, bien qu'il permette de mesurer certaines répercussions (résultats à court terme) d'un programme. Le rapport d'une évaluation formative inclura des recommandations visant la modification et l'amélioration du programme. Finalement, si votre but est de prendre une décision au sujet de la poursuite, du développement ou de l'abolition d'un programme, c'est une évaluation **sommative**, ou évaluation des résultats, que vous devez effectuer. Habituellement, une évaluation sommative prévoit des comparaisons avec d'autres programmes, accorde une attention particulière au coût et renferme des recommandations touchant la poursuite ou l'abolition du programme. Beaucoup d'évaluations comportent à la fois un volet d'évaluation du processus et un volet d'évaluation des résultats.

Exemple de cas

Nous avons entrepris un projet visant à introduire plusieurs lits de « relève » dans un établissement de soins de longue durée. L'évaluation cherche à examiner le processus utilisé pour déterminer les besoins et assigner les lits – une **évaluation formative** (liée au processus) et quel effet cette initiative a eu sur les aînés et leur famille – une **évaluation sommative** (liée aux résultats).

Étape 2 : S'informer au sujet du programme

Avant de pouvoir évaluer une chose, il faut la comprendre. Vous devrez donc vous familiariser avec les documents décrivant le programme, ses antécédents et ses activités. Vous devrez déterminer qui est responsable de ces activités. Vous découvrirez peut-être à cette étape qu'il n'y a tout simplement pas assez d'information écrite, sous forme de rapports, de listes, etc., pour vous donner un idée claire du programme. Vous devrez peut-être effectuer des entrevues et rédiger une description de programme incomplète, que vous demanderez au gestionnaire du programme de compléter. Les gestionnaires sont souvent heureux de le faire parce que cela leur permet d'obtenir une description écrite du programme qu'ils pourront ensuite utiliser à d'autres fins. Ou vous pourrez préférer un graphique établi selon un modèle « logique, » qui est essentiellement un diagramme illustrant les objectifs, les activités et les résultats, habituellement au moyen de cadres reliés par des flèches.

Une description complète d'un programme comprend donc un nombre d'éléments, qui sont résumés dans le tableau qui suit. En vous guidant sur ce tableau, vous pourrez définir et décrire les paramètres et contexte particuliers de votre programme.

DESCRIPTION DE PROGRAMME

Description de l'organisation, du programme ou de l'initiative

Toutes les personnes qui prendront part au projet d'évaluation devront très bien connaître l'organisation, le programme ou les politiques qui en font l'objet. La liste de contrôle suivante pourra s'avérer utile pour définir les points importants à examiner.

Philosophie et buts

- L'organisation possède-t-elle un énoncé écrit de sa philosophie?
- Quel est l'objectif global ou la mission de l'organisme?
- Comment l'organisation perçoit-elle ses clients? (membres, consommateurs, bénéficiaires, etc.)
- Existe-t-il un énoncé des buts organisationnels et des objectifs précis du programme?
- Ces buts sont-ils énoncés clairement? Sont-ils conformes les uns aux autres? Sont-ils réalistes?

Structure organisationnelle

- Existe-t-il un organigramme officiel? Sinon, vous pouvez en établir un afin de mieux comprendre les responsabilités de chacun. Incluez-y les conseils bénévoles et toutes les administrations à l'interne.
- Qui sont les joueurs? Quels sont leurs rôles? Quels sont leurs liens?
- Qui possède les pouvoirs officiels de prendre tel ou tel type de décision?

Programmes et ressources

- Quels sont les programmes et les services offerts?
- Quelles ressources sont affectées à chaque programme et quelles sont celles utilisées?
- D'où proviennent ces ressources?
- Quelles sont les lacunes ou les surplus dans ce domaine?

Contexte

- Quelles sont les caractéristiques des groupes clients?
- Dans quelle mesure et par quels moyens les clients participent-ils aux décisions de l'organisation?
- À quelles autres organisations l'organisme est-il affilié? Dans quelle mesure participe-t-il à leurs activités? Quelle influence exerce-t-il? Quelle est la relation de l'organisme avec les conseils régionaux de la santé, le cas échéant?
- Quelle valeur la collectivité en général accorde-t-elle au programme?
- Quels sont ses liens avec les syndicats, les organismes professionnels, les organismes gouvernementaux de réglementation, etc.?

Étape 3 : Mettre sur pied une équipe diversifiée

Une fois que l'on a défini de façon générale les objectifs et le type d'évaluation que l'on souhaite effectuer et que l'on dispose d'une description écrite ou graphique du programme ou de la politique à évaluer, il est temps de mettre sur pied une équipe ou un comité de personnes qui connaissent le service visé par l'évaluation et qui en ont des points de vue différents. Vous songerez alors à inviter :

- des aînés bénéficiaires du programme;
- des amis et des parents qui dispensent bénévolement des soins aux aînés;
- un représentant de l'organisme de financement ou du commanditaire (p. ex., le gouvernement);
- le directeur du programme (il peut s'agir du directeur de plusieurs programmes de santé ou de soins à domicile qu'offre l'organisme aux aînés);
- des membres du personnel assurant la prestation des services à la clientèle, comme des aides familiales ou des travailleurs en santé communautaire;
- des employés de services connexes qui ont des clients dans le programme visé par l'évaluation (p.ex., de la Société Alzheimer ou de la Popote roulante);
- d'autres personnes ayant des connaissances ou des ressources à partager, comme des représentants de syndicats, d'universités, d'autres groupes d'aînés ou d'associations professionnelles;
- un consultant qualifié connaissant les méthodes d'évaluation participative.

Soulignez bien clairement dès la première rencontre de ce comité que toutes les opinions ont le même poids et que tous les points de vue et toutes les connaissances ont la même importance. En temps opportun, vous souhaiterez définir les rôles et les responsabilités de chacun des membres de l'équipe, mais cela ne peut pas toujours se faire à cette étape parce que certaines personnes ne souhaiteront peut-être pas assumer de responsabilités pour l'instant et aussi parce qu'il est sage d'attendre un peu pour bien connaître les connaissances, les compétences et les talents de chacun.

Étape 4 : Déterminer les questions d'évaluation

La première étape de la détermination des questions de l'évaluation consiste à définir les buts et les objectifs du programme. Vous les trouverez probablement dans une demande de financement déjà présentée par l'organisme, ou encore dans la description du programme contenue dans une brochure ou un document relié. Vous souhaiterez également demander aux gestionnaires en poste et à certains employés quels sont selon eux les objectifs du programme. Il arrive que l'orientation d'un programme change avec le temps, à la suite de changements dans la clientèle, dans le style de gestion et dans les priorités des bailleurs de fonds. Il se peut donc que les objectifs énoncés dans une proposition ou dans tout autre document rédigé il y a cinq ou dix ans ne reflètent plus la réalité actuelle.

Chose plus importante encore, il se peut que les buts écrits de l'organisme ne correspondent pas aux attentes réelles du personnel ou des clients. En pareil cas,



quelles opinions devraient l'emporter? Si l'on revient aux hypothèses sous-jacentes de l'évaluation participative, il est clair qu'il faut tenir compte des opinions de chacun.

Le plus souvent, les objectifs énoncés s'inscriront dans deux catégories : ceux qui définissent la façon dont le programme sera administré, par qui et à l'intention de qui (objectifs liés au processus) et ceux qui exposent les répercussions visées à court terme ou les résultats souhaités à long terme pour la clientèle cible ou le groupe bénéficiaire. Par exemple, « le programme rejoindra au moins cent personnes âgées de 85 ans et plus qui vivent seules au sein de la collectivité » est un objectif lié au processus. « L'un des objectifs du programme est d'informer davantage les soignants naturels de l'existence des services de soutien et des services communautaires d'intervention en cas d'urgence » est un objectif lié aux répercussions. Enfin, « réduire le nombre de cas d'aînés victimes de mauvais traitements qui sont admis à l'hôpital ou qui font appel aux services policiers » est un objectif lié aux résultats.

Vous souhaiterez également vous arrêter aux résultats imprévus ou inattendus du programme ou du service. Ces résultats peuvent être négatifs ou positifs. On aura un résultat **négatif** imprévu, par exemple, si à la suite d'une réduction dans les services d'aide familiale, les soignants naturels ont eu plus de problèmes de santé nécessitant une visite chez le médecin de famille. On aura un résultat **positif** inattendu si à la suite du placement d'un groupe d'aînés victimes de la maladie d'Alzheimer dans une autre demeure (pendant les travaux de rénovation de leur établissement de soins) ces derniers sont devenus plus éveillés et se sont mis à participer aux tâches d'entretien de la maison. Un autre type de résultat inattendu est « l'effet de multiplication, » c'est-à-dire la mise en place de services ou programmes secondaires qui découlent d'un programme de départ. Mentionnons, à titre d'exemple, qu'à la suite d'un programme d'éducation offert récemment aux travailleurs en soins à domicile de North Vancouver, ces intervenants, qui travaillent souvent isolément, ont mis sur pied un groupe de soutien mutuel. Vous souhaiterez donc vous assurer de bien inclure dans votre évaluation des questions au sujet des résultats ou des retombées inattendus.

Outre les buts visés et les résultats attendus ou imprévus, vous voudrez aussi prendre en considération les problèmes ou préoccupations soulevés par les membres de l'équipe au sujet du service de santé ou de soins à domicile. Il importe d'analyser soigneusement ces préoccupations et de les formuler en questions d'évaluation.

Voici maintenant quelques mises en garde au sujet des préoccupations ou des problèmes perçus. D'abord, assurez-vous de bien vous concentrer sur la préoccupation réelle et de recueillir des données de tous les groupes touchés. Prenons l'exemple d'une province qui a consacré des efforts considérables à la promotion des médicaments génériques afin de réduire les coûts de l'assurance-médicaments. Les sociétés pharmaceutiques ont exercé de fortes pressions contre cette pratique puisqu'elle les contraint dans leurs efforts de marketing de leurs produits de marque.

Lorsque l'on a consulté les aînés de cette province, cependant, on a pu se rendre compte que la plupart d'entre eux étaient en faveur de la pratique et comprenaient les avantages de réduire les coûts du système de santé. Si l'on n'avait consulté qu'un seul groupe d'intervenants, l'industrie du médicament, l'évaluation aurait donné des résultats très différents.

Un autre exemple : dans une région, l'utilisation des services de relève par certains groupes (y compris par les personnes âgées) étant faible, on a supposé que ceci était dû au fait que les programmes étaient mal connus. On a donc distribué davantage de dépliants et multiplié les efforts en vue de rejoindre la clientèle, mais l'utilisation n'a pas augmenté. Un examen plus approfondi de la situation a révélé que ce phénomène reflétait plus probablement le manque de pertinence et de souplesse des programmes offerts. Le simple fait de calculer le nombre d'utilisateurs et de déterminer leur niveau de satisfaction ne suffit donc pas. Pour cerner la cause réelle, il faudrait demander aux non-utilisateurs les raisons pour lesquelles ils n'utilisent pas les services.

*Il importe davantage de savoir pourquoi un programme réussit ou échoue que de savoir qu'il réussit ou qu'il échoue.
(Feuerstein, 1993)*

Les questions fondamentales auxquelles répond généralement une évaluation sont les suivantes :

- QUOI?** – Est-ce que la politique ou le programme a fait ce qu'il était censé faire?
- POURQUOI?** – Qu'est-ce qui a fonctionné et qu'est-ce qui n'a pas fonctionné? Pour quelle raison? De quelle façon le programme a-t-il été vécu?
- ET ALORS?** – Quelle différence a fait cette activité ou cette politique?
- ET MAINTENANT?** – Que pourrions-nous faire différemment à l'avenir?
- ET ENSUITE?** – Comment utiliserons-nous les conclusions de l'évaluation pour guider la planification à venir?

Chacune des cinq questions ci-dessus pourrait s'appliquer à plusieurs secteurs de préoccupations abordées au cours d'une évaluation. Lorsque l'on évalue des services de santé ou de soins à domicile, ces secteurs sont le plus souvent les suivants : l'utilisation, l'effort, les répercussions et la qualité.

1. L'**utilisation** renvoie aux personnes qui utilisent les services. Les questions types sont notamment : S'agit-il du groupe visé? La clientèle provient-elle de la zone prévue? Quel est le nombre de clients? (S'agit-il du nombre prévu?) Quelle est la fréquence d'utilisation? (Est-elle inférieure ou supérieure aux prévisions?) De quelle façon les services sont-ils utilisés? (Qui dirige les clients vers les services? Pour quelle raison exactement les utilisent-ils?).
2. L'**effort** renvoie aux efforts déployés pour faire connaître et pour assurer le service, c'est-à-dire au nombre d'heures de travail rémunérées et bénévoles et aux frais qui s'y rattachent.
3. Les **répercussions** renvoient aux changements à court terme qui découlent des services, aussi bien pour les clients que pour les programmes connexes.



-
4. La **qualité** renvoie à la mesure dans laquelle le programme est bien pensé et administré, tant du point de vue du personnel que de celui des clients ou des bénéficiaires.

L'étape suivante est plus difficile; elle consiste à formuler, à partir de ces grandes questions fondamentales d'évaluation, des questions moins vastes auxquelles on puisse répondre en examinant l'information existante ou en recueillant de nouveaux éléments d'information.

Les questions générales ne sont pas très utiles, parce que la réponse ne fournit pas d'information suffisamment précise. Imaginons par exemple que l'on demande à un aîné « Quelle cote donneriez-vous à votre service d'aide familiale, sur une échelle de un à cinq? » La réponse que donnerait l'aîné pourrait exprimer sa satisfaction du nombre d'heures par semaine, ou de la qualité du travail ménager ou des repas, ou encore de la personnalité chaleureuse de la personne dispensant l'aide. Une question générale n'engendre pas de réponse précise. Il vaut donc mieux diviser les questions générales en un nombre raisonnable de questions plus précises.

L'avantage que procure une équipe d'évaluation diversifiée est que ses membres peuvent formuler des questions précises fondées sur leurs propres valeurs et expériences. Les aînés et les soignants naturels qui consomment des services de santé et de soins à domicile ont des expériences et des valeurs différentes de celles des dispensateurs du programme visé ou d'un programme connexe. Ces expériences peuvent constituer une source utile de questions précises d'évaluation.

D'autres études d'évaluation peuvent aussi être une source de questions. Il est bon de consulter les rapports d'évaluation sur des programmes semblables. Dans la plupart des cas, on retrouve en annexe à la fin de ces rapports, les outils de collecte de données utilisés (tels des questionnaires de sondage et des guides d'entrevues téléphoniques). Il est tout à fait légitime d'utiliser une bonne question, trouvée dans l'étude de quelqu'un d'autre, mais assurez-vous qu'elle soit vraiment utile à votre évaluation. Vous devrez prendre le temps de personnaliser la vôtre. Il est possible, bien sûr, que les mêmes questions puissent être posées pour évaluer des services similaires de soins de santé ou de soins à domicile de différentes régions, mais la singularité de chaque endroit justifiera la conception de questions qui lui sont pertinentes.

Une liste de questions d'évaluation tirées des attentes et des préoccupations exprimées par les aînés et leurs soignants naturels est présentée dans les trois tableaux de l'Annexe 2. Ces tableaux peuvent constituer un point de départ utile pour des idées de questions d'évaluation claires et mesurables. L'exemple qui suit illustre comment le processus d'élaboration des questions d'évaluation s'applique à un domaine particulier de la réforme des soins de santé.

ÉLABORATION DES QUESTIONS

Exemple de questions issues d'une approche participative pour effectuer l'évaluation d'un programme de réduction des jours d'hospitalisation après une chirurgie

Des aînés et des dispensateurs de services se sont réunis pour définir les questions d'évaluation à poser en vue de déterminer la valeur d'un programme de congé précoce après une chirurgie, pratiqué dans un gros hôpital métropolitain. Tous les membres du comité directeur ont compilé les questions qui leur importaient. Les aînés et leurs soignants étaient surtout intéressés aux aspects suivants du nouveau programme :

1. Qui sont les aînés bénéficiaires de ce programme? Y a-t-il eu de quelconques injustices fondées sur le sexe, la situation économique, la race ou l'emplacement géographique?
2. Le programme s'est-il révélé efficace pour réduire le nombre de jours d'hospitalisation sans que cela accroisse les risques de complications?
3. Le programme prévoyait-il un soutien à domicile adéquat pour les aînés qui avaient besoin d'assurance ou d'aide supplémentaire?
4. Le programme était-il assez souple pour répondre aux aînés éprouvant des difficultés postopératoires ou pour celles vivant seules?
5. Le programme donnait-il à la famille suffisamment d'occasions de participer?
6. Le personnel communiquait-il clairement, verbalement et par écrit, avec les clients pour les préparer à la chirurgie et au congé?
7. Le personnel traitait-il les aînés avec dignité et respect?
8. Le personnel semblait-il bien renseigné et bien formé?
9. Le personnel prévoyait-il les besoins des clients après leur congé?
10. L'expérience semblait-elle, dans l'ensemble, bien coordonnée et bien planifiée?
11. Les aînés et leur famille ont-ils été inclus dans la planification de la prestation de ce service?
12. Qu'est-ce que les clients ont aimé le plus du programme?
13. Quels changements aimeraient-ils que l'on apporte pour améliorer le service?

Étape 5 : Définir les indicateurs du succès

Les « indicateurs du succès » sont des éléments de preuve précis, quantifiables ou observables qui forment les critères à partir desquels on peut déterminer si les buts et objectifs d'un programme ont été atteints. C'est à partir de là que l'on peut commencer à voir se refléter pleinement les valeurs des divers participants. C'est là également que l'on peut utiliser la richesse de cette diversité pour tenir compte des besoins des divers intervenants.

Étant donné que la sélection des indicateurs de succès est une étape extrêmement importante du processus de planification, le prochain chapitre y est entièrement consacré.



Étape 6 : Choisir les méthodes de collecte de données et les sources d'information

Il existe en gros deux types de méthodes de collecte des données : quantitatives et qualitatives. Les méthodes quantitatives permettent de compter des choses. Il peut s'agir par exemple de sondages postaux ou téléphoniques, au cours desquels on pose à des centaines ou à des milliers de personnes les mêmes questions fermées pour ensuite compiler les réponses obtenues. Ou encore, il peut s'agir d'analyses de contenu qui consistent à compter le nombre de répétitions d'un certain thème dans une source écrite. Ces méthodes sont utiles pour obtenir une idée générale auprès d'un vaste échantillon de personnes et en tirer des conclusions pour l'ensemble d'une population. Les méthodes qualitatives, quant à elles, font appel à l'observation, aux entrevues personnelles approfondies et aux groupes de discussion menés à l'aide de questions ouvertes. L'objectif est non pas le décompte des nombres mais la diversité et la richesse de l'expérience de chacun. Ces méthodes nécessitent une ouverture et une forte capacité d'observation.

Les méthodes de collecte de données doivent être adaptées à la nature de la question que l'on se pose. En général, on a recours à des questionnaires de sondage (méthode quantitative) pour recueillir de l'information factuelle – les questions qui, quoi et où. Il est plus facile de répondre aux questions comment et pourquoi, qui nécessitent un certain approfondissement et parfois même de l'observation, en ayant recours à des entrevues ou groupes de discussion (approche plus qualitative).

Les sources de données peuvent inclure l'ensemble ou une partie des perspectives représentées par les membres de votre équipe d'évaluation, c'est-à-dire :

- les aînés bénéficiaires des services de santé;
- les soignants des aînés;
- les gestionnaires du programme;
- le personnel du programme;
- le personnel de programmes affiliés ou connexes desservant la même clientèle;
- les dossiers des organismes qui peuvent remonter à un certain nombre d'années;
- les documents de planification ou archives gouvernementales.

Vous trouverez au chapitre 4 un aperçu plus détaillé des méthodes utiles pour recueillir et analyser des données.

Étape 7 : Simplifier (décider de ce qui est réalisable)

Une fois que vous avez défini les préoccupations et les questions que vous souhaitez aborder au cours de l'évaluation et que vous avez travaillé très fort pour déterminer les indicateurs du succès du programme ainsi que les méthodes de collecte de données et les sources d'information, il est temps de prendre du recul et de vous poser la question suivante : « Est-ce réalisable? »

Examinez de façon réaliste la raison première pour laquelle vous procédez à l'évaluation, votre échéance, le temps dont chacun des membres de l'équipe dispose, le budget à votre disposition et les compétences de votre équipe et demandez-vous si vous pouvez réellement accomplir tout ce que vous souhaitez faire.

Si la réponse est non – et cela arrive fréquemment – posez-vous certaines questions du genre : Avons-nous réellement besoin de répondre à telle ou telle question pour réaliser les objectifs de notre évaluation? Qu'est-ce que nous avons réellement besoin de savoir cette année? Est-ce que cette question est suffisamment importante pour que nous devions attendre six mois avant d'obtenir la réponse d'un ministère? Ensuite, simplifiez. Si vous n'avez jamais réalisé d'évaluation auparavant, il est probablement assez ambitieux de vous en tenir à quatre ou cinq questions au sujet du processus (comment le programme est administré) et à quatre ou cinq questions sur ses répercussions (effets à court terme) ou ses résultats (effets à plus long terme).

Étape 8 : Produire un cadre d'évaluation

Le premier produit d'une évaluation est un cadre ou un plan permettant d'évaluer le rendement d'un programme. Ce cadre ou ce plan devient le guide à utiliser par la suite. Il est habituellement rédigé par l'expert qui a facilité le processus jusque-là, c'est-à-dire par une personne qui connaît bien l'évaluation et le programme en question et qui possède de l'expérience en recherche sociale appliquée. Le cadre d'évaluation doit contenir les questions clés que l'on se posera au cours de l'évaluation et les étapes clés qui permettront de trouver les réponses à ces questions. Ce cadre peut être exprimé par une combinaison de texte et de graphiques. Il comporte généralement trois volets : justification et approche, description du programme et plan d'évaluation. Chacun est décrit en détails plus loin. Ces volets pourraient être modifiés par les organismes de financement; il se peut donc que vous deviez les adapter si vous demandez une subvention pour réaliser votre évaluation.

1. Justification et approche

- une explication de l'objet de l'évaluation du programme;
- les destinataires cibles du rapport final de l'évaluation;
- une explication de l'approche adoptée (par exemple, une évaluation participative);
- la détermination des intervenants qui prendront part au processus.

2. Description du programme

- une description du programme, incluant parfois un schéma graphique, ou « modèle logique »;
- un énoncé clair des objectifs du programme.



3. Plan d'évaluation

- la définition des volets du programme à évaluer (c'est-à-dire quels aspects de ses activités et répercussions seront évalués);
- une liste des préoccupations ou des questions clés qui seront abordées;
- les indicateurs du succès du programme;
- une liste des sources d'information auxquelles s'adresser pour répondre aux questions d'évaluation;
- une description des méthodes qui seront utilisées pour la collecte des données;
- un plan ou un énoncé des étapes prévues de collecte et d'analyse des données;
- un calendrier de travail qui montre à quel moment et par qui seront menées à bien toutes les activités;
- un budget prévoyant tous les coûts de l'évaluation, y compris : personnel, avantages sociaux, déplacements, loyer de bureau, téléphone, télécopieur, poste, articles de bureau, équipement, honoraires des consultants et autres dépenses. Le budget devrait indiquer aussi bien les contributions financières que celles en nature.

CHAPITRE 3 : SÉLECTION DES INDICATEURS DU SUCCÈS

3

L'une des façons de réfléchir aux processus et aux résultats d'un programme est d'envisager le programme sous l'angle des indicateurs du succès. Il s'agit de changements repérables qui indiquent si les buts ont été atteints ou non. Un indicateur est une balise, un peu comme un panneau routier. Il vous indique si vous êtes sur la bonne voie, la distance que vous avez parcourue et celle qu'il vous reste à franchir pour parvenir à votre destination. Les indicateurs montrent les progrès réalisés et aident à mesurer les changements.

Objet des indicateurs et de leurs mesures

Les indicateurs du succès reflètent les hypothèses d'un groupe au sujet de ce qu'il attend du programme ou de la politique visée par l'évaluation. Ils peuvent être quantifiés en chiffres (p. ex., un pourcentage, un taux ou un rapport) ou en niveau de satisfaction. Il peut aussi s'agir de descriptions qualitatives faites par les bénéficiaires d'un programme.

En règle générale, on part du principe qu'en demandant la même chose de plusieurs façons différentes et en utilisant différentes méthodes de collecte des données, on s'assure davantage de cerner la vérité. Une autre règle générale veut que les indicateurs du succès, pour qu'ils soient quantifiables, soient très précis. Dans le cas d'une ligne téléphonique d'Info-santé fonctionnant 24 heures sur 24, un indicateur du succès pourrait s'énoncer ainsi « le fort taux par personne d'utilisation du service ». Cet énoncé est cependant trop vague. Un indicateur mesurable du succès s'énonce plutôt ainsi : « un taux d'utilisation d'au moins 80 % parmi une population de 500 aînés ciblés pour ce service en 1996, » ou bien encore « au moins 75 % des utilisateurs sondés déclarent avoir utilisé au moins une nouvelle stratégie de santé qu'ils ont apprise grâce à la ligne d'Info-santé. »

Les chiffres ne révèlent cependant pas toute l'histoire. Rappelez-vous qu'il ne faut pas se préoccuper uniquement de savoir si le programme a fonctionné. Il faut aussi connaître comment il a fonctionné et quels aspects ont donné le meilleur rendement. Un indicateur de succès observable (mais non mesurable) serait que les aînés qui ont utilisé la ligne Info-santé donnent des exemples précis de la façon dont Info-santé les a aidés à mieux se diagnostiquer dans les cas où ils souffraient d'affections bénignes et non-urgentes. Nous discuterons dans la prochaine partie des diverses méthodes utilisées pour recueillir des données sur chacun de ces différents types d'indicateurs.

Normes de « bons » indicateurs

Comment savoir si l'on a mis au point une bonne série d'indicateurs? La liste des critères suivants devrait vous permettre de vérifier vos indicateurs :



-
- Les indicateurs doivent être utiles aux décideurs.
 - Les indicateurs doivent être sensibles aux changements dans les phénomènes qu'ils décrivent.
 - La valeur des indicateurs devrait présenter des modifications avec le temps et selon les groupes.
 - On doit pouvoir obtenir les données nécessaires à l'utilisation de l'indicateur à un coût raisonnable.
 - Les indicateurs doivent être mutuellement exclusifs. Ils ne devraient pas se recouper.
 - Les indicateurs doivent refléter les valeurs et les priorités des participants.
 - Il n'est pas nécessaire que les indicateurs aient été utilisés par d'autres, s'ils peuvent livrer de nouveaux renseignements.
 - Il peut s'agir d'indicateurs utilisés ailleurs, ce qui permet de comparer les résultats.
 - Les indicateurs doivent être facilement compris par les personnes qui participent à l'évaluation.

Outre ces considérations d'ordre pratique, on souhaitera que l'indicateur mesure de façon directe et précise ce qu'il faut mesurer (validité), que les données sur l'indicateur soient recueillies de façon constante au fil du temps (fiabilité) et que les résultats puissent être utilisés par divers auditoires pour prendre des décisions (utilité).

Il faut aussi garder en tête certaines considérations en ce qui concerne le **temps**. La première : le temps, c'est de l'argent à déboursier pour un consultant professionnel ou pour tout employé salarié. La deuxième : plus une évaluation est élaborée, plus elle prendra de temps à réaliser. Et la troisième : plus vous aurez de sources externes d'information à consulter, comme des documents gouvernementaux ou des dossiers d'organismes, plus vous devrez prévoir de **délais** afin de vous adapter aux horaires d'autres personnes. Il faut donc garder à l'esprit ces contraintes lorsque vous déterminez vos indicateurs du succès et les méthodes à utiliser pour les mesurer. Il faut enfin s'assurer que l'information que vous produisez soit à jour, afin de guider les décisions relatives aux politiques et programmes.

Des indicateurs, des indicateurs et encore des indicateurs

Il existe autant de types d'indicateurs que de questions d'évaluation. Les plus communs sont ceux qui reflètent la disponibilité, la pertinence, l'accessibilité, la couverture, la qualité, l'efficacité et les répercussions. L'Annexe 2, élaborée par Marcus Hollander, présente des exemples d'indicateurs liés à des questions d'évaluation portant sur les attentes des aînés et de leurs soignants relativement aux soins de santé.

Pour mieux illustrer le processus, on a procédé à la formulation d'indicateurs (Tableau 3 qui suit) à partir des questions d'évaluation présentées au chapitre 2 (p. 21)

relativement à un programme de réduction de la durée du séjour d'hospitalisation. Ces indicateurs intègrent les valeurs exprimées par les aînés et leur famille (se référer au tableau 1 du chapitre 1).

Tableau 3 : Exemple d'une approche participative pour effectuer l'évaluation d'un programme de réduction des jours d'hospitalisation

QUESTIONS D'ÉVALUATION	EXEMPLES D'INDICATEURS
Qui sont les bénéficiaires du programme?	Nombre, âge, état civil, résidence, revenu des clients.
Y a-t-il eu de quelconques injustices fondées sur le sexe, la situation économique, la race ou l'emplacement géographique?	Taux de clientèle similaires aux taux de population selon l'état civil, le sexe, le groupe culturel, le revenu et la résidence.
Le programme s'est-il révélé efficace pour réduire le nombre de jours d'hospitalisation, sans que cela accroisse les risques de complications?	Taux annuel de complications dans le cadre du nouveau programme de réduction du séjour hospitalier similaire à celui du régime précédent d'hospitalisation.
Le programme prévoyait-il un soutien adéquat pour les personnes qui avaient besoin d'assurance ou d'aide supplémentaire?	Les clients jugent adéquat et suffisant le soutien mis à leur disposition.
Le programme était-il assez souple pour répondre aux besoins des personnes éprouvant des difficultés postopératoires ou pour celles vivant seules?	Les clients livrent des exemples d'adaptations qui ont été faites pour répondre à leurs besoins particuliers.
Le programme donnait-il à la famille suffisamment d'occasions de participer?	Les dispensateurs de soins primaires se disent satisfaits d'avoir pu assister aux sessions de renseignements préopératoires et postopératoires.
Le personnel a-t-il communiqué clairement, verbalement et par écrit, avec les clients pour les préparer à la chirurgie et au congé?	80% des clients jugent satisfaisante ou très satisfaisante la communication verbale et écrite.
Le personnel traitait-il les clients avec dignité et respect?	80% des clients sont satisfaits ou très satisfaits du sentiment de dignité qu'ils ont ressenti.
Le personnel semblait-il bien renseigné et bien formé?	Tous les employés possèdent les titres et compétences appropriés et ont participé à des programmes internes réguliers de perfectionnement.
Le personnel prévoyait-il les besoins des clients après leur départ?	Les clients peuvent décrire des exemples où l'on a prévu leurs besoins.
L'expérience semblait-elle, dans l'ensemble, bien coordonnée et planifiée?	80% des clients qualifient de satisfaisante ou de très satisfaisante la coordination.
Qu'est-ce que les clients ont aimé le plus du programme? Quels changements aimeraient-ils que l'on y apporte pour améliorer le service?	Les clients décrivent les aspects du programme qu'ils ont appréciés et sont à l'aise de suggérer des améliorations à y apporter.

CHAPITRE 4 : CHOIX D'UNE MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE ET D'UNE MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES

4

Une fois que les buts d'un programme sont établis et que les indicateurs de succès sont clairement énoncés, l'étape suivante de l'évaluation consiste à choisir les modes de collecte des données. Sans être exhaustive, l'Annexe 2 présente un nombre de suggestions relativement à la collecte des données pour chacun des indicateurs suggérés. Votre conseiller en évaluation devrait pouvoir vous aider dans la tâche de choisir la méthode de collecte la plus appropriée. En outre, un certain nombre des publications figurant dans la bibliographie renferment plus de détails au sujet des méthodes d'évaluation.

Choisir une méthodologie de recherche

L'utilisation (ou la non-utilisation) de l'expérience comme méthode

Selon le modèle expérimental classique, on affecte au hasard des gens à des groupes témoins et à des groupes expérimentaux auxquels on assigne, toujours au hasard, un traitement ou un programme. On prend des mesures quantitatives avant et après le traitement ou le programme, et on effectue des tests statistiques pour déterminer si le groupe de traitement affiche une amélioration significative par rapport au groupe témoin. Le but d'une expérience est de pouvoir généraliser les constatations, c'est-à-dire les appliquer à une population plus vaste.

L'expérience classique est peu utilisée dans les exercices d'évaluation contemporains étant donné qu'il est rarement possible (ou souhaitable), dans les faits, d'assigner au hasard les gens et les traitements. Il est également difficile de cacher aux gens à quel groupe ils appartiennent, comme cela se fait par exemple lorsque l'on administre des placebos dans le cadre d'essais de médicaments. En outre, il est rare que l'on souhaite généraliser les constatations découlant d'une évaluation de programme. Pour ces raisons et pour beaucoup d'autres, l'évaluation ne se déroule habituellement pas selon ce modèle dans sa forme la plus pure.

Modèles d'expérience modifiée

Un modèle modifié de l'expérience (quasi-expérience) peut parfois servir à évaluer les efforts en milieu réel, compte tenu des contraintes. On devra tenir compte de ces contraintes au moment d'interpréter les résultats. Voici quelques-uns des modèles les plus fréquemment utilisés.

- **Modèle avec groupe témoin non-équivalent** – Ce modèle est souvent utilisé dans le cadre d'évaluations. On s'efforce de trouver un groupe similaire (mais



non-identique) à celui qui bénéficie du programme et on mesure les variables des deux groupes avant et après (au moyen d'un sondage, par exemple).

- **Modèle comportant des vérifications périodiques et des suivis** – Ce modèle s'avère utile étant donné qu'il peut fournir des renseignements précieux sur les effets d'un programme au fil du temps. On effectue des mesures de base avant l'exposition au programme (p. ex., un test de connaissance des services de soutien à domicile), puis périodiquement par la suite afin de contrôler les progrès réalisés. Il est possible d'effectuer un suivi après la fin du programme pour déterminer si ses effets perdurent après trois mois, six mois ou un an, par exemple. Cela est important puisque nous voulons souvent savoir si les avantages d'un programme sont durables. (Ce modèle n'est pas le seul à prévoir un tel suivi à long terme.)
- **Modèle comportant des mesures avant et après** – Les évaluateurs peuvent choisir d'effectuer de telles mesures auprès d'un seul groupe de bénéficiaires du programme, sans qu'il y ait de groupe témoin. Cela a notamment pour désavantage que l'on ne peut être certain que les changements observés soient attribuables à l'effet du programme. Ces modèles peuvent être adéquats pour les questions d'évaluation formative, mais ils le sont moins dans le cas des évaluations sommatives ou des évaluations des résultats.

Études descriptives et autres types de modèles

Il existe quantité de bonnes approches vis-à-vis de l'évaluation qui ne font pas appel à un modèle d'expérience. Plusieurs de ces approches sont présentées ci-après, mais soulignons une fois de plus qu'il est bon de se renseigner davantage sur leur utilisation avant d'adopter l'une ou l'autre.

- **Observation des participants** – L'observation des participants consiste à se joindre à un groupe et à prendre soigneusement note des observations afin de les analyser par après. Il s'agit d'une bonne méthode pour décrire la culture interne et l'essence d'un programme. Citons à titre d'exemple un sociologue ayant accepté un poste d'employé de salle dans un établissement de soins prolongés afin d'observer et de décrire la façon dont se prennent les décisions relatives aux soins dispensés aux patients.
- **Approches féministes vis-à-vis de l'évaluation participative** – La recherche participative féministe prône l'observation et la prise en considération des différences et des similitudes sur le plan de la perception des questions entre les hommes et les femmes. Elle vise en général à réduire les effets du patriarcat ou les autres formes de discrimination fondées sur la race ou la situation socio-économique. Ces approches peuvent bien fonctionner dans certaines situations où des aînés se sentent tenus en marge de la société et souhaitent mettre fin aux iniquités sociales ou politiques.

Les méthodes de collecte de données et leurs sources

Examinons maintenant un certain nombre de méthodes de collecte de données mises à la disposition des évaluateurs. Il arrive souvent que l'on emploie plus d'une méthode au cours d'une même évaluation – y compris la collecte d'une combinaison de données et qualitatives. Les données quantitatives sont des données qui peuvent être quantifiées en unités fixes. Dans beaucoup de sondages, on utilise des échelles et on demande aux répondants de coter certaines choses sur une échelle de un à cinq. Leurs réponses sont ensuite traitées comme des chiffres réels et constituent le fondement des tests statistiques. Les données qualitatives, pour leur part, ne font appel à aucune mesure. Il peut s'agir de récits, de conversations, d'œuvres d'art, de photographies, etc. Examinons maintenant un certain nombre de méthodes qualitatives et quantitatives de collecte de données.

Méthodes qualitatives

Il existe un vaste éventail de méthodes qualitatives de collecte de données. Nous traitons ci-après de certaines des plus couramment utilisées. Il est essentiel que les personnes chargées de mener des entrevues qualitatives reçoivent des instructions claires et précises sur le déroulement des entrevues. L'Annexe 3 fournit des directives en ce sens. Ces directives ont servi à former des aînés chargés de faire deux entrevues chacun : une avec un aîné et une autre avec le soignant naturel d'un autre aîné.

Groupes de discussion – Dans le cadre des discussions de groupe, on tire profit de la communication entre les participants pour générer des données. On utilise beaucoup cette méthode pour recueillir les impressions du public sur certaines questions ou pour déterminer dans quelle mesure les gens comprennent certaines maladies ou certains services de santé. Cette méthode s'avère également efficace pour étudier les besoins du personnel. Les groupes de discussion conviennent bien à bon nombre d'évaluations participatives. À l'intérieur de tels groupes, les participants peuvent répondre à une série de questions ouvertes et examiner des questions qui les touchent, utilisant en cela leur propre vocabulaire. Cela permet aux évaluateurs de recueillir des témoignages, des récits humoristiques et des données sur d'autres formes d'interactions journalières que ne permettent pas de recueillir les réponses à des questions directes. Cette méthode facilite la critique et l'examen de différentes solutions; elle s'avère donc utile pour travailler avec des gens qui ont l'impression que tous leurs problèmes sont attribuables à leurs propres insuffisances. Les groupes de discussion ne sont pas discriminatoires envers les gens qui ne savent pas lire ou écrire et peuvent faciliter la participation de ceux qui sont réticents à subir une entrevue individuelle. Les discussions sont habituellement enregistrées et transcrites.

Pour animer un groupe de discussion, il faut très bien en connaître la taille, la composition et le format. L'Annexe 4 fournit des directives pour l'établissement d'un groupe de discussion. Notez l'importance accordée à l'ambiance, au recrutement des participants et à l'assurance de la confidentialité.



Entrevues individuelles ouvertes – Les entrevues ouvertes sont utiles pour étudier l'expérience des bénéficiaires d'un programme. En général, on pose aux participants une série de questions uniformes afin de recueillir leurs opinions ou leurs témoignages. Les intervieweurs possèdent la formation nécessaire pour tenter d'obtenir plus de détails ou demander des précisions. Les entrevues sont souvent enregistrées et transcrites et on peut en soumettre le compte rendu aux répondants pour vérifier s'il correspond bien à ce qu'ils voulaient dire ou s'ils souhaitent y ajouter quelque chose. L'Annexe 5 présente la grille d'entrevue employée par le CCNTA pour élucider la perspective des aînés dans l'étude sur les attentes des aînés et de leurs soignants.

Photographies – Parfois, comme le veut le proverbe, une image vaut mille mots. Comme pour tout autre type de méthode de collecte de données, il importe d'avoir la permission des gens avant d'utiliser leur photographie. Les photos peuvent permettre d'illustrer les changements en comparant la situation avant, pendant et après un programme. Elles peuvent servir à stimuler la discussion et l'analyse de groupe et permettent souvent de capter plus de détails que ne le feraient les yeux ou la plume. Les photographies peuvent créer des réactions émotives, susciter des questions, révéler des comportements biaisés ou des changements et faciliter les décisions. Dans le cadre du projet STEPS mené à bien à Victoria, en Colombie-Britannique, on a par exemple utilisé des photographies de fissures dans les trottoirs pour convaincre les fonctionnaires de la municipalité que des réparations s'avéraient nécessaires. Des photographies prises après ces réparations ont par ailleurs révélé que le programme avait donné lieu à des changements.

Études de cas – Une étude de cas est une description et une analyse détaillées d'un événement particulier (p. ex., une chute), d'une situation (p. ex., la perte de son conjoint), d'une personne (p. ex., un participant qui se retire d'un programme), d'un groupe (p. ex., un groupe de soutien des soignants naturels), d'une institution ou d'un programme *présenté en détails dans son propre contexte*. Les études de cas sont utilisées depuis longtemps en droit, en médecine et en travail social. On peut réaliser une étude de cas portant sur un programme exemplaire de soutien à domicile dans le but d'étudier à fond les valeurs, les attitudes, la formation et le moral du personnel et des clients. Une description aussi étoffée du programme permet mieux que les méthodes quantitatives d'en déterminer les causes de succès ou d'échec.

Des études de cas peuvent également être effectuées après une évaluation, afin de broser un tableau plus précis des résultats expliqués ou inexpliqués. Ainsi, on a découvert qu'un groupe de soutien des soignants naturels dans une collectivité avait modifié considérablement leur capacité de s'acquitter de leur rôle, alors qu'un groupe similaire dans une localité voisine ne s'était pas avéré aussi utile à ses participants. En compilant les études de cas de ces deux groupes, on pourrait jeter un nouvel éclairage sur les aspects de leadership, de processus et de contenu susceptibles d'avoir contribué à ces résultats très différents. Il faut se rappeler qu'il est tout aussi important de savoir pourquoi un programme fonctionne que de savoir qu'il fonctionne!

Analyses des incidents critiques – Pendant la durée d’un programme, il peut survenir certains événements qui l’affectent ou qui affectent ses participants. L’une des façons utiles de documenter ces faits consiste à produire des rapports sur les incidents critiques. Une personne ou un groupe peut décrire le même événement (p. ex., un changement soudain dans la politique gouvernementale relative aux critères d’admissibilité, une fois le programme en marche) ou encore les gens peuvent décrire différents événements rattachés à un thème commun (p. ex., un incident survenu dans le cadre du programme et qui a renforcé le sentiment d’autonomie d’un participant). Ces rapports peuvent être rédigés dans une forme spéciale ou présentés dans le cadre d’entrevues individuelles ou de groupe.

Méthodes quantitatives

Sondages – Les sondages peuvent être transmis par la poste aux participants ou encore être réalisés dans le cadre d’entrevues téléphoniques ou de rencontres individuelles. Chacune de ces façons de faire a ses avantages et ses désavantages. Toutes reposent sur un questionnaire clair et bien rédigé répondant à certaines normes. Les sondages adressés par la poste désavantagent les personnes qui ne peuvent lire ou écrire, mais ils sont souvent moins coûteux que les entrevues individuelles. Il est possible d’accroître le taux de réponse en limitant le nombre de questions, en effectuant des envois ciblés dont on assure le suivi téléphonique et en portant attention au niveau de langue et à la présentation visuelle.

Les sondages téléphoniques et les sondages directs ont l’avantage d’accroître l’accessibilité et ils permettent de joindre les gens qui ne savent pas lire ou écrire. Ils permettent également aux répondants de demander des précisions s’ils ne sont pas certains du sens d’une question. Certains aînés se méfient des appels téléphoniques ou des visites d’étrangers à domicile; il importe donc que le personnel du programme les informe dans la mesure du possible de la réalisation de l’évaluation. Comme les deux types d’entrevues prennent temps et argent, il arrive que l’on réduise le nombre de participants. Il importe de bien former les intervieweurs et de s’assurer que l’on pose les mêmes questions de la même manière à tous les participants.

L’élaboration d’un bon questionnaire a fait couler beaucoup d’encre. Il y a bien des façons de poser des questions aux gens. En voici quelques-unes.

- **Les listes de contrôle** : Une liste de contrôle peut permettre un choix, une sélection de choix cotés par exemple de un (le plus important) à cinq (le moins important) ou des choix multiples (c.-à-d. que le répondant doit cocher tous les points qui s’appliquent à lui). Il est bon d’inclure une catégorie « autres » et une catégorie « sans objet. »
- **Le choix forcé** : Il s’agit de questions auxquelles on doit répondre par oui ou non. Il est bon d’inclure parmi les choix de réponse « aucune opinion » ou « incertain. »
- **Les questions à choix multiples** : Il y a différentes façons de poser des questions à choix multiples, mais chacune est conçue de façon à forcer le répondant à choisir entre plusieurs possibilités.



- **Les échelles** : Il existe bien des types d'échelles. Elles s'avèrent utiles pour connaître l'opinion des gens. L'échelle d'agrément, par exemple, demande aux gens d'indiquer s'ils sont tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord ou absolument pas d'accord avec un énoncé particulier. Le numéro central (p. ex., trois sur une échelle de cinq points) est réservé aux indécis.

Vous souhaitez peut-être utiliser certaines échelles normalisées pour mesurer l'incidence du programme sur certains facteurs comme la satisfaction de vivre, la tension, l'état de santé, les activités quotidiennes, etc., des bénéficiaires. Dans ce cas également, les échelles doivent refléter les questions d'évaluation et les indicateurs énoncés dans votre plan d'évaluation. L'utilisation d'échelles existantes a l'avantage de vous permettre de comparer vos résultats à ceux des évaluations déjà réalisées à l'aide des mêmes échelles. Le principal désavantage est qu'elles sont souvent si générales qu'elles n'ont jamais fait partie des objectifs et des activités d'élaboration d'un programme donné. L'Annexe 6 présente plusieurs exemples d'échelles qui servent à mesurer le bien-être physique. À cause des coûts élevés associés aux examens individuels, les évaluateurs utilisent souvent des indicateurs de la santé. Vous noterez les différents indicateurs inclus dans les questions présentées à l'Annexe 6.

Il est très important de constituer un groupe qui représente bien l'ensemble de la population ciblée. Si l'on ne s'en préoccupe pas, les résultats ne seront pas considérés valides. En termes plus simples, dans un échantillon de personnes vraiment choisies au hasard, tous les clients ont des chances égales d'être choisis, ou presque. Typiquement, la qualité est déterminée en comparant les personnes qui font partie de l'échantillon avec l'ensemble de la population visée; si les deux groupes sont semblables, l'échantillon est considéré représentatif.

Utilisation des données secondaires – Pour bien des raisons, vous souhaitez peut-être utiliser au cours de votre évaluation des données d'organismes recueillies à d'autres fins ou de sources gouvernementales. On appelle habituellement ce processus l'analyse de données secondaires. On peut soumettre des données qualitatives à ce genre d'analyse, mais cela est plus rare. Ici encore, l'utilisation de données secondaires présente un certain nombre d'avantages et d'inconvénients.

Les données provenant de l'organisme dispensateur peuvent s'avérer très utiles pour compiler un profil des clients et des caractéristiques particulières du programme que vous voulez évaluer. Si vous avez la chance de planifier l'évaluation pendant la mise sur pied du programme, vous pouvez vous assurer que l'on inclut aux fiches de demande d'inscription, par exemple, toute l'information que vous souhaitez recueillir. Souvent, les fournisseurs de services n'incluent pas certains des détails nécessaires pour procéder à une évaluation.

Les dossiers du gouvernement peuvent également vous fournir des données utiles. Les administrations locales compilent des données sur les décès, les admissions à l'hôpital et les résultats du recensement. Il se peut que vous ayez besoin d'aide pour accéder à ces données; les demandes doivent être bien formulées et pertinentes. Cela peut être coûteux, mais les administrateurs ne sont souvent que trop heureux de divulguer leurs données. Ces renseignements s'avèrent des plus utiles pour établir de grandes comparaisons entre provinces ou administrations de la santé. Ils sont également utiles pour aborder de grandes questions touchant l'incidence de la réforme sur divers secteurs de compétence.

Collecte des données

À quelle fréquence recueillir des données?

La question de la fréquence de la collecte des données est directement liée à votre plan d'évaluation. Si vous utilisez un modèle avant-après, vous souhaitez recueillir des données à deux reprises au moins : la première fois en tant qu'évaluation de base préalable à la mise en oeuvre du programme et la seconde, à la fin du programme. Pour déterminer si les effets du programme sont durables, vous devrez recueillir à nouveau des données dans trois, six ou douze mois, selon les indicateurs de succès que vous avez établis. Comme chaque sondage ou groupe de discussion est coûteux, votre budget vous dictera la limite à imposer sur les collectes de données. Si vous souhaitez recueillir de l'information utile auprès des personnes-ressources d'un organisme en particulier, vous devrez peut-être prévoir une courte fiche d'évaluation à chaque rencontre.

Qui devrait recueillir les données?

En théorie, n'importe qui peut effectuer des entrevues. Toutefois, en recherche participative, on favorise généralement les entrevues d'aînés menées par des aînés. Il se peut que les intervieweurs plus jeunes n'aient pas le statut ou la capacité d'inspirer confiance. En général, les meilleurs intervieweurs sont d'un naturel amical, poli, délicat, sensible, intelligent, confiant, fiable et patient et ils sont en bonne santé. Ils peuvent être enthousiastes mais ils sont capables de contrôler leurs réactions et leurs opinions de manière à ne pas influencer les réponses des participants. Ils doivent également être sensibles aux différences linguistiques et culturelles de ces derniers.

Peu importe qui effectue les entrevues, il y a lieu de prévoir un programme adéquat de formation. Dans le cadre de sondages, par exemple, il est important de poser chaque question exactement telle qu'elle figure dans le questionnaire.

Obtenir le consentement des participants

Quiconque est appelé à participer à une évaluation doit signer un formulaire de consentement. Nul ne devrait jamais y être contraint. L'Annexe 7 fournit un modèle de formulaire de consentement. Le seul cas où il n'est pas nécessaire d'obtenir la



signature de la personne est lorsqu'on lui poste le questionnaire; si elle le retourne, on présume alors qu'elle consent à participer à l'évaluation. Un consentement doit généralement inclure ce qui suit :

- une explication détaillée de l'objet de l'entrevue et de la façon dont l'information sera utilisée;
- un énoncé du niveau de confidentialité que l'on accordera aux réponses individuelles;
- un avis stipulant que tout participant est libre de contribuer ou non à l'évaluation ou à une partie de l'évaluation et qu'un refus de participer n'aura pour lui aucune conséquence négative (comme une réduction du service);
- un énoncé détaillé de tout risque ou avantage lié à la participation ou l'assurance du fait que cela ne comporte aucun risque. L'un des avantages consiste souvent à recevoir un exemplaire du rapport final de l'évaluation ou à assister à la présentation publique des résultats;
- une invitation à exprimer toute préoccupation ou tout besoin particulier;
- si la situation l'exige, une demande d'autorisation d'enregistrer l'entrevue et la confirmation du fait qu'une fois les données transcrites et analysées, les bandes seront effacées;
- le nom complet et le numéro de téléphone du chercheur ou de l'organisme responsable de la recherche.

CHAPITRE 5 : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES DONNÉES

5

Une fois vos données recueillies, vous devez les préparer pour l'analyse et ensuite tirer des conclusions à partir des résultats obtenus. Le processus variera selon le type de données recueillies. Bien qu'il soit impossible de présenter ici tout ce qu'il est utile de savoir en matière d'analyse des données, nous offrons quelques lignes directrices et procédures générales qui vous aideront à la réaliser. Dans le cadre d'une évaluation participative, tous les membres du comité directeur devraient avoir la possibilité de participer à l'analyse des données et à l'interprétation des résultats. Une fois que vous aurez vos résultats en main, il vous faudra produire un rapport. La dernière partie du chapitre renferme quelques lignes directrices sur la rédaction du rapport final d'une évaluation.

Analyse des données qualitatives

Les données qualitatives sont en général sous forme écrite. Il peut s'agir de transcriptions d'entrevues ou de discussions de groupe ou encore d'analyses de documents, de journaux de bord ou de notes prises en cours d'évaluation. S'il s'agit d'une évaluation de programme, on souhaitera analyser les données en utilisant le questionnaire comme guide. Après avoir effectué, manuellement ou à l'aide d'un logiciel informatique, un tri initial de l'information, on commence à rechercher les thèmes et les schèmes qui se dégagent des données. On applique ensuite des sous-codes à ces thèmes afin de décrire les idées. Ce processus de codage et d'étiquetage des données peut être assez complexe et il est bon qu'un petit groupe collabore à la tâche et vérifie l'interprétation du codage. Il est utile également de laisser le plus de texte possible dans les mots de l'interlocuteur, étant donné que cela aide à clarifier la signification de la catégorie.

Analyse des données quantitatives

Les données quantitatives proviennent habituellement de sondages, de dossiers d'organismes et de sources gouvernementales. La façon la plus rapide de coder et d'analyser ces données est d'utiliser un quelconque logiciel spécialisé comme le SPSS (Ensemble des programmes statistiques relatif aux sciences sociales). Si aucun des membres du comité directeur ne possède d'expérience dans ce domaine, il sera peut-être bon d'embaucher quelqu'un, un étudiant universitaire par exemple, pour effectuer cette tâche. Les étudiants diplômés possèdent souvent les connaissances nécessaires en statistique et votre projet leur permet en retour d'acquérir de nouvelles connaissances.



Les données sont habituellement présentées sous forme de moyennes, d'échelles, de pourcentages et de taux. Les graphiques à bandes, les diagrammes à secteurs, les graphiques et les tableaux peuvent constituer des moyens efficaces de présenter des données descriptives. Encore une fois, planifiez l'analyse des données d'après les principales questions de l'évaluation. Si vous avez posé des questions qui portent sur la différence entre des groupes ou entre des mesures prises avant et après un programme, vous souhaiterez peut-être utiliser les statistiques pour déterminer si les changements sont importants sur le plan statistique, c'est-à-dire si les différences sont plus grandes que celles qui auraient résulté du simple hasard. Les statistiques n'ont pas besoin d'être complexes ou frappantes, mais vous devez savoir dès le départ si cette approche sera utile puisque cela suppose l'observation de lignes directrices plus strictes en ce qui a trait à la collecte et au codage des données.

Compilation et communication des résultats de l'évaluation

Vous avez maintenant terminé l'analyse de vos données et vous souhaitez présenter les résultats de votre évaluation. Il se peut par ailleurs que vous jugiez plus indiqué de produire régulièrement de brefs rapports d'étape au fil de l'évaluation. En plus – ou au lieu – d'un rapport écrit, vous pouvez avoir recours aux moyens suivants pour communiquer les résultats de l'évaluation : bulletins, feuillets de renseignements, affiches, sketches, diapositives ou bandes vidéo. La question du coût intervient une fois de plus dans le processus de rapport final. Les principales questions à considérer sont les suivantes : qui rédigera le rapport et quels en seront les principaux lecteurs. Les organismes de financement ont parfois leurs propres exigences en ce qui a trait au rapport final d'une évaluation.

La production d'un rapport type suit les mêmes étapes que le processus d'évaluation. Voici un aperçu général de ce que devrait inclure un rapport.

1. **Page couverture** : Cette page devrait indiquer le titre, le nom et l'emplacement du programme; le nom des responsables de l'évaluation; les principaux organismes commanditaires; la période visée par le rapport et la date du rapport.
2. **Sommaire** : Le sommaire est un aperçu d'une page de ce qui a été évalué, des principales conclusions et de toute recommandation qui en découle. Comme il se peut que les cadres supérieurs ne lisent que cette page, elle devrait bien résumer les messages principaux que vous voulez transmettre.
3. **Table des matières** : La table des matières énumère le contenu du rapport de façon claire et logique.
4. **Antécédents** : Cette partie livre un bref historique du projet ou de la politique et une description des volets du programme; elle précise aussi le nom des membres du comité directeur de l'évaluation.
5. **Description de l'évaluation** : Cette partie précise habituellement l'objet de l'évaluation, les principales questions abordées, les indicateurs du succès du programme, une description des méthodes et des sources utilisées pour la collecte des données ainsi que des motifs pour lesquels on les a choisis, toute

restriction des méthodes ou des ressources, les responsables de la collecte des données et le mode de distribution et de retour des questionnaires. Vous pouvez aussi y mentionner où et comment les documents d'évaluation ont été mis à l'essai avant d'être utilisés, de même que toute formation dispensée.

6. **Résultats de l'évaluation** : C'est dans cette partie que l'on présente les résultats de l'évaluation. Il est bon d'y livrer le plus d'information possible, sous forme de tableaux, de graphiques ou de dessins, afin que les gens puissent saisir en un coup d'oeil ce que l'évaluation a permis d'apprendre. Il est utile également d'y inclure des comptes rendus formulés dans les mots des répondants, ce qui rend le rapport plus authentique et plus intéressant à lire. Gardez à l'esprit non seulement la question: Cela a-t-il fonctionné? mais aussi les suivantes : Quels aspects ont fonctionné? Pourquoi ou pourquoi pas? Que pourrait-on faire différemment?
7. **Conclusions et recommandations** : Dans votre conclusion, résumez ce que vous avez fait et ce que vous avez découvert. Il s'agit peut-être d'un processus répétitif, mais certaines personnes se reporteront immédiatement à cette partie pour savoir ce qui a découlé de l'évaluation. C'est dans cette partie également que vous pouvez faire des recommandations fondées sur vos constatations, de même que suggérer des façons dont d'autres pourront donner suite à votre travail. Bien qu'il soit tentant de dépasser la portée des constatations de l'étude dans vos recommandations, il est à déconseiller de le faire. Certaines personnes préfèrent présenter les recommandations dans une partie distincte. Précisez de quelle façon, à quel moment et par qui les recommandations peuvent être mises en oeuvre.
8. **Annexes** : Vous souhaitez peut-être joindre au rapport des copies des questionnaires, des sommaires de données brutes ou d'autres documents qui le complètent. Il est également utile d'inclure une liste de renvois aux sources consultées.



CONCLUSION

L'évaluation participative peut fournir aux gestionnaires, aux décideurs, aux administrateurs, aux fournisseurs et aux dispensateurs de services des renseignements extrêmement utiles sur les projets et programmes. C'est une approche qui tant au niveau du design que de la collecte et de l'analyse des données encourage la participation de tous les secteurs du programme, y inclus les prestataires. À cause de cette diversité des perspectives, l'approche participative livre des données utiles sur les succès et/ou les lacunes du programme évalué, permettant d'en mieux comprendre les raisons et de justifier les recommandations pour l'améliorer.

Le présent Guide visait à familiariser le lecteur avec les démarches à suivre pour effectuer une évaluation participative des programmes nouveaux ou des changements apportés aux programmes destinés aux aînés ou à leurs soignants. Il a cherché à présenter l'information d'une façon claire et simple. Bien qu'il soit possible de réaliser une évaluation sans aide, les lecteurs sont encouragés à se prévaloir de services professionnels afin de s'assurer que les résultats de leur évaluation soient utiles et utilisables.

Nous espérons que ce Guide aura servi à démystifier le processus et à encourager le lecteur à réaliser ce genre d'évaluation.

ANNEXE 1



TABLEAU 1 : AVANTAGES DE LA RÉGIONALISATION

AVANTAGES POLITIQUES	RAISONNEMENT
Plus grande démocratisation	Permet aux gens à l'échelon communautaire de participer davantage au processus.
Plus grande participation aux politiques	Permet au public de mieux accéder et participer au processus d'élaboration des politiques en étant plus près des décideurs.
Réduction des disparités régionales	Il est plus facile de défendre la réaffectation des budgets des régions bien nanties à celles moins bien nanties si ces affectations sont effectuées en proportion du nombre d'habitants ou selon une formule au sein d'un système régionalisé.
Partage du blâme	La régionalisation partage la responsabilité entre les milieux politiques des échelons central et local, ce qui permet de partager le blâme dans le cas où les besoins locaux ne sont pas satisfaits.
Responsabilité politique accrue	Les milieux politiques locaux et les membres des conseils sont plus susceptibles de répondre de leurs actes devant la population locale que les milieux politiques des administrations centrales qui en sont plus éloignés.
Force découlant de la diversité	Dans les pays, les États ou les provinces où l'on retrouve des groupes diversifiés et parfois antagonistes, la régionalisation peut donner à ces groupes une plus grande autonomie tout en assurant leur intégration à la collectivité.
AVANTAGES ADMINISTRATIFS	RAISONNEMENT
Plus grande responsabilité administrative	Les administrateurs locaux doivent régler directement les questions et les griefs locaux et ils doivent réagir aux préoccupations locales.
Meilleures intégration et coordination des services	Les fonctionnaires locaux, qui relèvent des conseils locaux, sont plus en mesure de surmonter les questions institutionnelles, d'attitude, matérielles et administratives qui restreignent l'exploitation efficace des services de santé.
Meilleures planification et affectation des ressources	Les fonctionnaires locaux sont plus au courant des circonstances, des restrictions et des possibilités locales et ils peuvent donc élaborer des plans qui tiennent compte des besoins des localités et qui y répondent. Les citoyens locaux sont en outre plus susceptibles d'avoir la possibilité de participer au processus.
Réduction des coûts	Parce qu'ils connaissent les questions locales, les planificateurs et les administrateurs locaux peuvent réduire ou éliminer le recoupement et le dédoublement des services.
Meilleures gestion et mise en oeuvre des programmes	Le fait de réduire le contrôle central sur les administrations locales donne aux gestionnaires locaux la liberté de gérer les services sans avoir à se soumettre à un aussi grand nombre de contraintes « inutiles » imposées par l'administration centrale.
Meilleure coordination intersectorielle	Outre l'intégration et la coordination accrues des services de santé, la régionalisation peut favoriser la coordination intersectorielle avec les organismes extérieurs au domaine de la santé.
Importance accrue des services communautaires et de prévention	Dans la mesure où les administrateurs locaux possèdent un budget global, il leur est plus facile de transférer des fonds entre les services institutionnels et communautaires et de mettre l'accent sur la promotion de la santé.

(Adaptation de Hollander, Marcus: « Évaluation des incidences des réformes des soins de santé sur les aînés », Partie 1. Ottawa : CCNTA, 1997.)

TABLEAU 2 : RISQUES INHÉRENTS À LA RÉGIONALISATION

RISQUES LIÉS AUX PROBLÈMES CONCEPTUELS	RAISONNEMENT
Mauvaise conceptualisation	Cela peut se produire lorsque l'on ne comprend pas clairement les divers concepts de la régionalisation. On peut alors négliger certaines options, comme la délégation, en s'empressant de céder des pouvoirs aux conseils nouvellement créés.
Mauvaise concordance entre les objectifs visés et le système conçu	Il peut arriver que le système de régionalisation adopté ne soit pas en harmonie avec les objectifs souhaités ou que les divers intervenants aient des objectifs différents. Ainsi, les buts politiques et financiers peuvent être incompatibles si les milieux politiques souhaitent acquérir une plus grande autonomie locale par l'entremise des conseils élus alors que les bureaucrates ne veulent pas fournir les sommes supplémentaires requises pour l'établissement de ces conseils.
Définition incorrecte du secteur géographique approprié	Les frontières géographiques définies pour le modèle à concevoir ont d'importantes répercussions. Les plus grands secteurs géographiques, comme les régions, ont souvent tendance à centraliser à leur échelon. Si l'objectif est d'habiliter les résidents locaux, il faut peut-être céder le contrôle aux très petites collectivités. Cependant, ces collectivités sont peut-être trop petites pour avoir toute la gamme des services. Comment faire pour trouver le juste équilibre?
RISQUES POLITIQUES	RAISONNEMENT
Tendance à la centralisation	La tendance à la centralisation demeure très marquée; les ministres sont encore responsables devant l'assemblée législative, peu importe que les conseils locaux appuient leurs idées ou s'y opposent.
Potentats locaux	Il arrive que les conseils ou d'autres organismes politiques locaux soient contrôlés par des personnes déjà puissantes à l'échelon local, qui peuvent souhaiter accroître leur pouvoir ou qui considèrent leur admission au sein des nouveaux conseils comme une étape à franchir vers une charge électorale plus élevée.
Opposition locale	Dans la mesure où les partis politiques de l'opposition arrivent à s'emparer du contrôle des conseils locaux, ils peuvent les utiliser comme source d'influence pour s'opposer au gouvernement au pouvoir.
RISQUES ADMINISTRATIFS	RAISONNEMENT
Problèmes de coordination	La régionalisation révèle souvent une mauvaise coordination et un manque d'intégration au sein des programmes à structure verticale administrés centralement. Il est souvent difficile pour l'administration centrale de réagir à de tels problèmes compte tenu de l'ampleur des changements requis pour les régler, par exemple une réorganisation majeure des divisions.
Relations avec les organismes décentralisés	Les relations entre l'administration centrale et les organismes locaux nouvellement régionalisés peuvent facilement devenir tendues sur un certain nombre de points, comme l'étendue des pouvoirs locaux, les exigences en matière de responsabilité, les budgets et d'autres questions du genre. Ces relations tendues peuvent donner lieu à des services sous-optimaux.
Frontières géographiques	Il est des plus souhaitable que les frontières géographiques actuelles, définies avant la régionalisation, soient le plus possible des coterminaux. Cela pourra nécessiter des changements dans la loi et soulever à l'échelon local des préoccupations relatives à la délimitation des frontières.



RISQUES ADMINISTRATIFS	RAISONNEMENT
Composition des conseils locaux	Si les conseils sont élus, ils ont un droit légitime de défendre les intérêts locaux, même contre le gouvernement central. Si leurs membres sont nommés, il se peut qu'ils soient plus souples, mais il est possible que l'on trouve qu'ils manquent de légitimité et d'autorité morale.
Pouvoirs des conseils locaux	En ce qui concerne les pouvoirs, les conseils locaux peuvent aussi bien n'en avoir presque pas qu'être chargés de la planification, détenir certains pouvoirs sur la prestation des services ou exercer un grand contrôle grâce au pouvoir de taxation. Si la rhétorique de l'habilitation locale se heurte à la réalité du maintien d'un contrôle central, il risque d'y avoir des difficultés.
Mode de financement des services	Les administrations ou conseils locaux dépendent souvent du financement de l'administration centrale. Si ce financement repose sur une affectation traditionnelle, il est possible que les iniquités qui existent à l'heure actuelle se perpétuent. Si l'on adopte un nouveau mécanisme de financement fondé sur la population et adapté à l'âge et au sexe, cela risque de soulever des protestations politiques de la part des secteurs qui perdront du financement par suite d'une réaffectation des ressources.
Établissement du budget, contrôle des dépenses et priorités	Si le budget est étroitement contrôlé, les conseils locaux pourraient se voir refuser la permission de transférer des fonds pour restructurer la prestation des services en fonction des priorités locales. Si le contrôle est au contraire relâché, c'est l'uniformité de la prestation des services entre les régions qui risque d'entrer en jeu. En outre, les conseils locaux ne voudront peut-être pas respecter les priorités établies par le gouvernement central.
Contrôle administratif	Le contrôle administratif peut lui aussi être étroit ou relâché. Le premier restreint la réponse aux besoins locaux, tandis que le second diminue le pouvoir que détient l'administration centrale d'assurer des services égaux entre les régions et de protéger les minorités ou les groupes marginaux contre les pratiques discriminatoires.
Planification locale	Il peut survenir des problèmes si les gouvernements centraux versent des fonds annuellement, comme l'a approuvé l'assemblée législative, et si les budgets ne sont pas approuvés par cette dernière avant que quelques mois ne se soient écoulés dans le nouvel exercice financier. Par conséquent, les plans peuvent être soumis à la nécessité opérationnelle de respecter le budget si les dépenses réelles du premier trimestre sont supérieures au financement approuvé en définitive.
Conséquences sur l'administration à l'échelon central	L'expérience indique que le processus de régionalisation entraîne souvent une importante restructuration chez les fonctionnaires de l'administration centrale, dont les activités, au départ de nature opérationnelle, s'orientent vers la planification, l'élaboration de politiques et la surveillance. De tels changements peuvent provoquer de la tension et des conflits. Les fonctionnaires sont souvent réticents à perdre certains pouvoirs en cédant des ressources aux conseils locaux.
Dotation à l'échelle locale	Un autre point qui risque de poser des problèmes est la capacité d'attirer au sein des conseils locaux des planificateurs et des administrateurs qualifiés. Il se peut que l'on compte relativement peu de personnes qualifiées. En outre, les personnes qualifiées ne souhaiteront peut-être pas s'établir dans de petites localités ou des régions isolées. Qui plus est, le fait de doter davantage de postes à l'échelle locale pourra entraîner une hausse des frais généraux.

(Adaptation de Hollander, Marcus: « Évaluation des incidences des réformes des soins de santé sur les aînés », Partie 1. Ottawa : CCNTA, 1997.)

ANNEXE 2

TABLEAU 1 : INDICATEURS RATTACHÉS AUX SERVICES

QUESTIONS	INDICATEUR(S)
<i>Les aînés reçoivent-ils des services efficaces et de grande qualité?</i>	<ul style="list-style-type: none">• Cotation par les aînés et leurs soignants naturels sur une échelle de cinq points, de leur satisfaction à l'endroit de chaque type et sous-type de services• Temps consacré par le personnel aux clients, et qualité de ce temps, selon le type de service• Pourcentage des services qui sont agréés, selon le type de service• Pourcentage du personnel possédant les titres professionnels appropriés, selon le type de service• Pourcentage de clients, selon le niveau de soins, dont la santé ou le niveau de soins s'améliore, demeure constant ou se détériore au cours d'une année de soins en établissement et à domicile• Pourcentage de clients possédant un plan de soins et des objectifs clairement définis dans toutes les formes de services de soins• Pourcentage de clients des services de soins communautaires en établissement et à domicile qui sont admis dans un hôpital de soins actifs



JUSTIFICATION	MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES
<p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des soignants sur la question.</p> <p>Cet indicateur fournit des renseignements sur le temps consacré par le personnel aux aînés et la qualité perçue de ce temps.</p> <p>Les procédures nationales ou provinciales d'assurance de la qualité et d'agrément fournissent une certaine mesure de l'assurance de la qualité.</p> <p>Cet indicateur donne un aperçu de la qualité et des titres professionnels des membres du personnel.</p> <p>Les soins prolongés constituent essentiellement un système axé sur les soins; l'un de leurs buts importants consiste donc à faire en sorte que les clients demeurent les plus fonctionnels possibles pendant le plus longtemps possible.</p> <p>Des plans de soins documentés s'accompagnant d'objectifs bien définis indiquent que la personne reçoit des soins adéquats, professionnels et axés sur le client.</p> <p>Cette mesure permettra de mieux comparer la rentabilité des soins communautaires par rapport aux soins en établissement en ce qui a trait à l'éventail des services de soins non actifs et elle pourra mettre en lumière les problèmes si les clients des services à domicile ne reçoivent pas des soins adéquats ou s'ils ont des besoins auxquels la collectivité ne peut répondre.</p>	<p>Recherche-sondage Groupes de discussion Consultation publique Comparaisons entre les nouvelles autorités de santé* (NAS) et avec la moyenne provinciale</p> <p>Entrevues Études mesurant la somme de travail Groupes de discussion</p> <p>Analyse documentaire Entrevues Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale</p> <p>Analyse documentaire Entrevues Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale</p> <p>Données cliniques</p> <p>Données cliniques</p> <p>Données cliniques</p> <p><small>* Une nouvelle autorité de santé (NAS) peut être une agence ou administration récemment mise en place pour gérer un programme, ou projet ou service de santé dans le cadre de la décentralisation ou d'une autre réforme du système de soins de santé (Conseil régional, agence de soins de première ligne, système intégré de santé, etc.)</small></p>

TABLEAU 1 : Indicateurs rattachés aux services (suite)

QUESTIONS	INDICATEUR(S)
<p><i>Les services que reçoivent les aînés sont-ils adéquats et suffisants?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cotation par les aînés et leurs soignants naturels, sur une échelle de cinq points, de la mesure dans laquelle les services sont suffisants et adéquats • Unités de service de chaque type et sous-type de service au sein de chaque NAS, par exemple : <ul style="list-style-type: none"> - généralistes par 1 000 h. - spécialistes, par catégorie, par 1 000 h. - lits d'hôpitaux, par 1 000 h. - lits en établissements de soins de longue durée, par 1 000 h. de 65 ans et plus. - lits pour soins psychiatriques actifs par 1 000 h. - Gériatres par 100 000 h de 65 ans et plus - Nombre d'heures d'aide familiale par niveau de soins - Nombre de places dans des foyers de groupe par 1 000 h. de 19 ans et plus - Nombre de places en garde de jour (adultes) par 1 000 h. de 65 ans et plus - Moyenne d'heures de visites de soins infirmiers ou de réadaptation, par niveau de soins, pour les clients longue durée - Nombre d'heure de soins infirmiers, de réadaptation ou d'aide familiale par 1 000 h. de 65 ans et plus • Rapport personnel-clients au sein des services hospitaliers et en établissement, de façon globale et pour le personnel professionnel, le personnel auxiliaire et le personnel administratif, selon le niveau de soins ou les indicateurs de composition de la clientèle

JUSTIFICATION	MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES
<p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des soignants sur la question.</p> <p>Les comparaisons d'utilisation donnent un bon aperçu des volumes de service mais il importe de souligner que certains des services offerts ne sont peut-être pas réellement nécessaires.</p> <p>Les comparaisons relatives au personnel sont utiles étant donné que deux NAS peuvent avoir le même nombre de lits mais des rapports personnel-clients différents même après que l'on a tenu compte du niveau d'acuité des clients.</p>	<p>Enquête Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p>Données des ministères et des NAS Comparaisons entre les NAS, avec la moyenne provinciale et entre les provinces Comparaisons avec les normes jugées appropriées par un groupe d'experts</p> <p>Données des ministères et des NAS Comparaisons entre les NAS, avec la moyenne provinciale, entre les provinces et à l'échelle internationale</p>

TABLEAU 1 : Indicateurs rattachés aux services (suite)

QUESTIONS	INDICATEUR(S)
<p><i>Les services sont-ils disponibles et accessibles et peuvent-ils être obtenus en temps opportun pour les clients?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation par les aînés et leurs soignants naturels, sur une échelle de cinq points, de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'à-propos des services, selon le type de services (p. ex., hôpitaux, soins à domicile, centres de garde de jour pour adultes) • Temps d'attente dans les établissements pour les services essentiels comme les repas, le bain, la toilette, le soulagement de la douleur • Perception, chez les clients, que les services sont dispensés au moment requis • Longueur des listes d'attente et durée d'attente en moyenne et selon l'établissement ou le fournisseur de soins professionnels (p. ex., médecins spécialistes), pour tous les types de services (p. ex., liste d'attente et durée d'attente pour une chirurgie cardiaque, pour une admission en établissement de soins de longue durée, dans un centre d'accueil communautaire de santé mentale, des services de garde de jour pour adultes, des services d'aide familiale, etc.) • Pourcentage de clients et de familles qui n'ont pas attendu ou qui n'ont attendu que très peu pour avoir accès aux services, selon le type de service • Pourcentage de clients et de familles qui subissent des retards lors de transferts entre organismes et régions, selon les types de services

JUSTIFICATION	MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES
<p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des soignants sur la question.</p>	<p>Enquêtes Groupes de discussion</p>
<p>Cet indicateur met l'accent sur un élément essentiel des soins aux aînés, la prestation de services de base liés aux fonctions physiques</p>	<p>Entrevues Groupes de discussion Observation des participants</p>
<p>Cet indicateur met l'accent sur l'à-propos du moment où le service est donné (c.a.d. si la prestation des services est en réponse aux besoins des aînés ou à ceux de l'établissement)</p>	<p>Entrevues Groupes de discussion</p>
<p>Il se peut que des gens qui n'ont pas besoin des services immédiatement viennent grossir les listes d'attente, mais celles-ci demeurent une mesure comparative utile.</p>	<p>Données des ministères Comparaisons, selon le type de service, entre les NAS, avec la moyenne provinciale et entre les provinces</p>
<p>Cet indicateur donne une idée de la proportion de clients qui jouissent d'un service rapide.</p>	<p>Données des ministères Comparaisons, selon le type de service, entre les NAS, avec la moyenne provinciale et entre les provinces</p>
<p>De tels retards peuvent indiquer des blocages dans les systèmes ou des problèmes de coordination.</p>	<p>Données des ministères Comparaisons, selon le type de service, entre les NAS, avec la moyenne provinciale et entre les provinces</p>

TABLEAU 1 : Indicateurs rattachés aux services (suite)

QUESTIONS	INDICATEUR(S)
<p><i>Y a-t-il une continuité appropriée entre les services et les services fournis sont-ils prévisibles?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cotation par les aînés et leurs soignants naturels, sur une échelle de cinq points, de la continuité et de la prévisibilité des services • Nombre d'organismes nouvellement créés et d'anciens organismes fermés chaque année, selon le type de service • Nombre d'organismes dont le personnel a augmenté ou diminué de plus de 5 % • Taux de roulement du personnel, par organisme, pour chaque type de service • Pourcentage d'organismes dotés de politiques qui permettent au personnel de suivre les mêmes clients un certain temps, selon le type de service

JUSTIFICATION	MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES
<p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des soignants sur la question.</p> <p>Cet indicateur donne une idée du roulement ou de la stabilité des organismes.</p> <p>Il s'agit d'une mesure de la stabilité fondée sur la croissance ou le déclin des organismes.</p> <p>Cet indicateur mesure le roulement du personnel. Un roulement élevé signifie que les services ne sont pas prévisibles.</p> <p>Cet indicateur mesure la cohérence ou la prévisibilité des services du personnel.</p>	<p>Enquête Comparaisons entre les NAS et avec les moyennes provinciales Analyse chronologique des tendances</p> <p>Données des ministères et des NAS</p> <p>Données des ministères, des NAS et des organismes</p> <p>Données des ministères, des NAS et des organismes</p> <p>Analyse documentaire</p>

TABLEAU 1 : Indicateurs rattachés aux services (suite)

QUESTIONS	INDICATEUR(S)
<p><i>Les services sont-ils acceptables et appropriés?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cotation par les aînés et leurs soignants naturels, sur une échelle de cinq points, de l'acceptabilité et de l'à-propos des services • Degré de participation du client et de la famille à la sélection des services (p. ex., établissement de soins de longue durée) et à l'établissement des plans de soins • Selon le type de service, niveau de satisfaction des clients et des familles vis-à-vis : <ul style="list-style-type: none"> - de la protection de la confidentialité - de l'amabilité du personnel et de l'administration - de l'accessibilité du personnel et de l'administration - des activités sociales - des loisirs et des passe-temps - de la participation aux décisions de l'organisme - de la qualité de l'hébergement - de l'accès au personnel préféré à la maison - du respect des horaires par le personnel des soins à domicile • Pourcentage de clients qui se plaignent des soins dispensés
<p><i>Les services sont-ils souples et adaptables?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cotation par les aînés et leurs soignants naturels, sur une échelle de cinq points, de la souplesse et de l'adaptabilité des soins, selon le type de service • Pourcentage d'aînés recevant des soins et de leurs soignants naturels qui sont d'avis que les fournisseurs de services sont souples et ouverts en ce qui a trait à la prestation des soins, selon le type de service

JUSTIFICATION	MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES
<p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des soignants sur la question.</p> <p>Cet indicateur mesure l'importance accordée à la participation de la famille et aux soins axés sur la famille.</p> <p>Ces indicateurs mesurent la satisfaction des clients et de leurs aidants naturels.</p> <p>Cet indicateur est un signal d'alarme quant à la qualité des soins.</p> <p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des soignants sur la question.</p> <p>Il est important de recueillir les opinions des aînés et de leurs aidants naturels sur la flexibilité et l'adaptabilité dans la prestation des services.</p>	<p>Enquête Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p>Notes cliniques Entrevues</p> <p>Enquêtes Groupes de discussion Consultation publique</p> <p>Notes cliniques</p> <p>Enquête Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p>Enquête Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p>

TABLEAU 1 : Indicateurs rattachés aux services (suite)

QUESTIONS	INDICATEUR(S)
<p><i>Les services sont-ils abordables?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cotation par les aînés et leurs soignants naturels, sur une échelle de cinq points, du coût abordable des services de soins de santé dans leur ensemble et selon le type de service • Coûts d'accès aux soins • Analyse de la nature et du montant des frais d'utilisation, selon le type de service, et de la mesure dans laquelle ces frais sont raisonnables
<p><i>Les soins prodigués sont-ils axés sur la famille?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cotation par les aînés et leurs soignants naturels, sur une échelle de cinq points, de la mesure dans laquelle les soins sont axés sur la famille, selon le type de service • Mesure de la participation des aînés aux décisions relatives à leurs soins • Pourcentage de familles qui, selon le type de services, <ul style="list-style-type: none"> · participent à la planification des soins · se sentent libres de parler au personnel · se sentent libres de parler à l'administration · sentent qu'elles peuvent demander des changements raisonnables aux plans de soins · ne sont pas consultées au sujet des décisions relatives aux soins

JUSTIFICATION*	MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES
<p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des soignants sur la question.</p> <p>Cet indicateur mesure les coûts de déplacement des aînés vers l'endroit où les soins sont prodigués.</p> <p>On peut comparer les coûts entre les NAS et entre les provinces.</p> <p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des soignants sur la question.</p> <p>Cet indicateur mesure la participation de l'aîné aux décisions familiales relatives à ses soins.</p> <p>Cet indicateur donne un certain aperçu de la mesure dans laquelle les familles participent aux soins. Il peut s'avérer utile s'il est mesuré sur une certaine période et s'il fait l'objet de comparaisons entre les NAS.</p>	<p>Enquête Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p>Entrevues Groupes de discussion</p> <p>Données des ministères, des NAS et des établissements Groupes d'experts</p> <p>Enquête Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p>Entrevues Groupes de discussion</p> <p>Enquête Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p>

(Ce tableau est tiré de Hollander, Marcus: « Évaluation des incidences des réformes des soins de santé sur les aînés, Partie II. » Ottawa : CCNTA, 1997.)

TABLEAU 2 : INDICATEURS RATTACHÉS AUX FOURNISSEURS DE SERVICES

QUESTIONS	INDICATEUR(S)
<p><i>Est-ce qu'un organisme provincial ou national d'agrément procède régulièrement à une vérification des fournisseurs de services?</i></p> <p><i>Est-ce que la nature et la qualité des communications assurées par le personnel soignant sont appropriées?</i></p>	<p>Est-ce que les organismes sont accrédités ou soumis à une vérification (oui ou non)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Évaluation par les aînés et les aidants naturels, sur une échelle de cinq points, de la qualité des communications écrites et orales, selon le type de service • Évaluation par les aînés bénéficiaires de soins et par leur famille de la clarté des communications écrites, selon le type de service, en ce qui a trait : <ul style="list-style-type: none"> - à la description des politiques - à la description des services - aux plans de soins - aux objectifs en matière de soins à prodiguer au client - aux droits d'appel • Évaluation par les aînés bénéficiaires de soins et par leur famille de la communication verbale, selon le type de service, en ce qui a trait : <ul style="list-style-type: none"> - au contact initial - aux choix et aux options de service - à la planification des soins - à la prestation des soins - à la planification du congé - à l'accessibilité du personnel pour discuter de diverses questions



JUSTIFICATION	MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES
<p>Presque toutes les valeurs rattachées aux fournisseurs de services sont en général incluses dans un vaste processus d'agrément.</p> <p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants naturels sur la question.</p> <p>Ces indicateurs mesurent l'à-propos des communications écrites.</p> <p>Ces indicateurs mesurent l'à-propos des communications verbales.</p>	<p>Organismes, organismes d'agrément, ministères de la Santé</p> <p>Enquêtes Comparaisons entre les NAS* et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p>Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p>Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p><small>* Une nouvelle autorité de santé (NAS) peut être une agence ou administration récemment mise en place pour gérer un programme, ou projet ou service de santé dans le cadre de la décentralisation ou d'une autre réforme du système de soins de santé (Conseil régional, agence de soins de première ligne, système intégré de santé, etc.)</small></p>

TABLEAU 2 : Indicateurs rattachés aux fournisseurs de services (suite)

QUESTIONS	INDICATEUR(S)
<p><i>Est-ce que le personnel est bienveillant, consacre le temps nécessaire aux clients, s'intéresse à ces derniers, en fait plus que ce qui lui est demandé et anticipe et planifie les besoins à venir des clients?</i></p> <p><i>Le personnel est-il bien formé et compétent?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cotation du personnel par les aînés et les aidants naturels, sur une échelle de cinq points, selon le type de service, en ce qui a trait : <ul style="list-style-type: none"> - à la bienveillance - au temps consacré au client - à la volonté d'en faire plus - à l'anticipation des besoins à venir - à l'intérêt manifesté envers le client • Cotation par les aînés bénéficiaires des soins et par leur famille, selon le type de service, de la mesure dans laquelle : <ul style="list-style-type: none"> - le personnel est bienveillant - le personnel prend le temps d'écouter les problèmes et s'intéresse au client - le personnel semble pressé - l'organisme semble manquer de personnel - le personnel va au-delà de ses responsabilités professionnelles pour s'occuper du client ou expliquer des choses à la famille - le personnel pense à l'avenir, en planifiant par exemple des placements possibles auprès d'une autre agence • Cotation par les aînés et les aidants naturels, sur une échelle de cinq points, de la compétence du personnel selon le type de personnel et le type d'organisme • Cotation par les aînés et les aidants naturels, selon le type de service : <ul style="list-style-type: none"> - du pourcentage d'employés possédant des certificats, des licences, etc. appropriés - du nombre de jours de formation assurés au personnel par chaque organisme, selon le type de personnel et le type de service - de l'existence de politiques qui favorisent la formation du personnel

JUSTIFICATION	MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES
<p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants naturels sur la question.</p> <p>Il s'agit d'indicateurs fondamentaux du degré de bienveillance, de compassion et d'intérêt envers le client.</p> <p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants sur la question.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cet indicateur mesure la formation professionnelle. - Cet indicateur mesure jusqu'à quel point l'organisme soutient la formation et l'agrément de ses employés. - Cet indicateur mesure jusqu'à quel point l'organisme soutient la formation et l'agrément de ses employés. 	<p>Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p>Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p>Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p>Données des organismes</p> <p>Données des organismes</p> <p>Manuel des politiques de l'organisme</p>

JUSTIFICATION	MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES
<p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants naturels sur la question.</p>	<p>Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p>
<p>Cet indicateur mesure jusqu'où l'organisme est allé pour veiller à ce que ses clients soient traités avec respect et dignité.</p>	<p>Renseignements fournis par les organismes</p>
<p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants naturels sur la question.</p>	<p>Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Données sur la dotation des organismes</p>
<p>Cela peut s'avérer un peu complexe sur le plan de l'analyse à effectuer; cela nécessite également l'existence de systèmes de classification de la clientèle.</p>	<p>Données des organismes Analyse statistique</p>
<p>Il s'agit d'une mesure comparative du recours à des bénévoles.</p>	<p>Données des organismes</p>

(Ce tableau est tiré de Hollander, Marcus: « Évaluation des incidences des réformes des soins de santé sur les aînés, Partie II. » Ottawa : CCNTA, 1997.)

TABLEAU 3 : INDICATEURS RATTACHÉS AU SYSTÈME DE PRESTATION DES SERVICES

QUESTIONS	INDICATEUR(S)
<p><i>Les services sont-ils bien coordonnés?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cotation par les aînés et les aidants naturels, sur une échelle de cinq points, du degré de coordination des services avant et après les réformes • Nombre d'hôpitaux possédant des groupes de planification des sorties et de gestion de l'utilisation pour faciliter la coordination des aiguillages vers les organismes communautaires • Mesure dans laquelle existe la coordination entre les services à domicile et les services communautaires, et entre ces deux types de services et les services dispensés par les établissements • Existence de blocages dans les transferts entre organismes et entre régions, en raison de politiques en vigueur, d'incitatifs financiers, etc. • Mesure dans laquelle une région possède un meilleur éventail et des services mieux équilibrés, après les réformes



JUSTIFICATION	MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES
<p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants sur la question</p> <p>Cet indicateur établit dans quelle mesure il existe des liens entre les hôpitaux de soins actifs et les services communautaires et à domicile</p> <p>Cet indicateur fait ressortir le degré de coordination entre les services communautaires et à travers l'éventail de services institutionnels et communautaires</p> <p>Cette mesure fait ressortir les questions de structure et de processus qui nuisent à la coordination. Il serait également bon, si possible, de compter le nombre de blocages</p> <p>Comme il serait difficile de déterminer cela de façon empirique, on le mesure d'après la perception d'un meilleur éventail de services par les aînés</p>	<p>Enquêtes Comparaisons entre les NAS* et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p>Données des hôpitaux Analyse chronologique des tendances</p> <p>Groupes d'experts Entrevues Groupes de discussion pour les aînés</p> <p>Groupes d'experts Entrevues</p> <p>Groupes d'experts Analyse quantitative</p> <p><small>* Une nouvelle autorité de santé (NAS) peut être une agence ou administration récemment mise en place pour gérer un programme, ou projet ou service de santé dans le cadre de la décentralisation ou d'une autre réforme du système de soins de santé (Conseil régional, agence de soins de première ligne, système intégré de santé, etc.)</small></p>

TABLEAU 3 : Indicateurs rattachés au système de prestation des services (suite)

QUESTIONS	INDICATEUR(S)
<p><i>Les médicaments sont-ils prescrits de façon appropriée et sont-ils abordables?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation par les aînés et les aidants naturels, sur une échelle de cinq points, de l'à-propos et du coût abordable des médicaments prescrits • Importance de la formation assurée chaque année aux médecins et aux autres fournisseurs de soins au sujet des médicaments, de leur utilisation, de leur interaction et de leurs effets • Nombre de problèmes déclarés attribuables à l'établissement du coût en fonction des produits de référence • Nombre moyen de prescriptions délivrées à des aînés, selon l'âge et le sexe et selon le genre de condition et le type d'invalidité • Proportion d'aînés recevant des soins qui éprouvent des effets secondaires de type modéré ou grave par suite d'une prise de médicaments • Sommes déboursées par les aînés pour l'achat de médicaments • Mesure dans laquelle les médecins et pharmaciens passent en revue les ordonnances des clients

JUSTIFICATION	MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES
<p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants naturels sur la question.</p>	<p>Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p>
<p>Cet indicateur mesure la connaissance des médicaments par les fournisseurs de soins officiels.</p>	<p>Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p>
<p>Certains aînés ont souligné des problèmes attribuables à la prise de médicaments génériques.</p>	<p>Données des ministères Enquêtes</p>
<p>Cet indicateur mesure les pratiques générales en matière de prescription de médicaments aux aînés.</p>	<p>Données des ministères Analyse chronologique des tendances Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale</p>
<p>Cet indicateur mesure les inconvénients liés à la prise de médicaments et peut être à l'origine d'un réexamen de la médication du client.</p>	<p>Entrevues Données cliniques</p>
<p>Cet indicateur mesure le coût des médicaments pour les aînés.</p>	<p>Entrevues Données de pharmaciens</p>
<p>Cet indicateur mesure la fréquence à laquelle les professionnels de la santé revoient la gamme complète de médicaments prescrits aux aînés.</p>	<p>Sondages auprès des spécialistes de la santé Groupes de discussion avec les clients</p>

TABLEAU 3 : Indicateurs rattachés au système de prestation des services (suite)

QUESTIONS	INDICATEUR(S)
<p><i>Les services de santé sont-ils disponibles et appropriés après les réformes?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation par les aînés et leurs aidants naturels, sur une échelle de cinq points, des effets globaux qu’ont eus sur eux les réformes, ainsi que de la disponibilité et de l’à-propos des services • Perception des aînés concernant les principaux avantages et les principales lacunes des réformes • Perception des aînés concernant la disponibilité et l’à-propos des services • Unités de service par rapport à la population pour tous les types de service (c’est-à-dire, y a-t-il plus ou moins de services après les réformes?) • Nombre de nouveaux types de services mis en place à la suite des réformes • Disponibilité des services auxiliaires et socio-médicaux avant et après les réformes, p. ex. : <ul style="list-style-type: none"> - transport à l’intention des aînés - garde de jour pour adultes - programmes d’aides techniques - soins palliatifs - programmes de visites amicales de bénévoles - massothérapie - systèmes d’alarme - rénovations domiciliaires, autres • Mesure dans laquelle les listes d’attente ont raccourci ou se sont allongées, selon le type de service

JUSTIFICATION	MÉTHODES ET SOURCES DE DONNÉES
<p>Cet indicateur révèle les opinions des aînés et des aidants naturels sur la question.</p> <p>Cet indicateur permet d'examiner les avantages et les inconvénients de la régionalisation du point de vue des aînés.</p> <p>Cet indicateur mesure jusqu'à quel point les aînés considèrent que les services sont toujours disponibles et appropriés.</p> <p>Il s'agit d'une mesure de base des ressources du système de soins de santé.</p> <p>Il s'agit d'un indicateur de l'innovation en matière de prestation des services.</p> <p>Cet indicateur mesure jusqu'à quel point les services d'autres secteurs ont été rattachés à ceux ou secteur de la santé. Les aînés ont besoin d'une gamme de services autres que les soins de santé pour composer avec leurs déficits fonctionnels.</p> <p>Précisons encore une fois que les listes d'attente ne fournissent qu'une mesure inexacte, mais qu'elles peuvent s'avérer utiles pour observer les tendances sur une certaine période.</p>	<p>Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p>Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p>Enquêtes Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale Analyse chronologique des tendances</p> <p>Données des ministères Analyse chronologique des tendances et analyse à l'échelle des NAS</p> <p>Données des ministères et des NAS</p> <p>Données des ministères et des NAS Analyse chronologique des tendances Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale</p> <p>Données des ministères et des NAS Analyse chronologique des tendances Comparaisons entre les NAS et avec la moyenne provinciale</p>

(Ce tableau est tiré de Hollander, Marcus: « Évaluation des incidences des réformes des soins de santé sur les aînés, Partie II. » Ottawa : CCNTA, 1997.)

ANNEXE 3

MODÈLE DE LIGNES DIRECTRICES POUR RÉALISER UNE ENTREVUE QUALITATIVE

Pour vous préparer à l'entrevue

- Téléphonnez aux aînés que vous souhaitez interviewer afin de convenir de l'heure et du lieu du rendez-vous.
- Vérifiez le fonctionnement du magnétophone et procurez-vous des piles supplémentaires.
- Si possible, faites passer l'entrevue à un ami et demandez-lui de commenter vos techniques d'entrevue.

Durant l'entrevue

Munissez-vous d'un magnétophone, d'une cassette, de piles supplémentaires, de mouchoirs en papier et des questions d'entrevue. Installez-vous face à la personne dans des chaises confortables (il est bon de regarder la personne dans les yeux). Hochez la tête et utilisez d'autres formes d'encouragement non verbal pour inciter la personne à continuer.

Indiquez pourquoi vous faites l'entrevue et pourquoi vous l'enregistrez. Assurez à la personne la confidentialité de ses réponses et obtenez son consentement écrit. Vérifiez à nouveau le bon fonctionnement du magnétophone avant de commencer.

Expliquez qu'il n'y a ni bonne ni mauvaise réponse et que tous les points de vue – qu'ils soient positifs ou négatifs – sont valables.

Un problème que pose souvent ce type d'entrevue est le manque de précision des réponses. Nous vous avons fourni à l'Annexe 5 quelques questions supplémentaires à poser pour inciter les personnes peu loquaces à fournir les renseignements demandés mais essayez d'abord les suivantes :

- Pourriez-vous m'en dire un peu plus à ce sujet?
- Pouvez-vous préciser cette idée?
- Pouvez-vous me donner un exemple?
- Pouvez-vous me parler d'un moment précis où ce problème s'est posé pour vous?
- Je ne comprends pas très bien ce que vous voulez dire par là. Pouvez-vous l'exprimer autrement pour m'aider à comprendre?
- Y a-t-il autre chose que vous aimeriez dire à ce sujet?

Comment réagir à certaines situations

- 1. La personne pleure ou exprime de la colère au cours de l'entrevue.** Il n'y a pas de mal à ressentir de la tristesse, de la colère ou d'autres émotions durant l'entrevue. Offrez un mouchoir en papier à la personne et assoyez-vous tranquillement auprès d'elle pendant quelques minutes. Ne la touchez ou la prenez dans vos bras que si cela vous semble indiqué. N'oubliez pas que vous n'êtes pas la cause de ces émotions mais que vous avez peut-être permis à la personne de les exprimer et de se sentir écoutée. En général, les personnes âgées trouvent les entrevues de ce type très satisfaisantes et elles aiment croire qu'elles aident les autres en racontant leur propre histoire.
- 2. La personne demande d'arrêter l'entrevue.** Acceptez sans poser de question. Elle a le droit de mettre fin à l'entrevue ou d'arrêter le magnétophone en tout temps. Trouvez si possible une autre personne à interviewer.
- 3. Le magnétophone fait défaut.** Reportez l'entrevue à plus tard et faites réparer le magnétophone ou remplacez-le.
- 4. La personne semble déprimée ou a besoin d'information ou de soutien.** Dites-lui qu'un professionnel de la collectivité peut lui téléphoner. Communiquez avec le CLSC ou le bureau des soins infirmiers à domicile de votre localité pour obtenir le numéro d'une infirmière ou d'un travailleur social.



ANNEXE 4

MODÈLE DE LIGNES DIRECTRICES POUR L'ORGANISATION D'UNE DISCUSSION DE GROUPE

Merci d'avoir accepté d'organiser une discussion de groupe pour permettre à des aînés de parler de leur perception des soins de santé. Il importe de dire aux participants que l'entrevue sera enregistrée à des fins d'analyse mais qu'aucun nom ne sera utilisé dans le compte rendu des résultats. Ils sont libres d'assister ou non à la rencontre et, s'ils acceptent d'y participer, ils peuvent refuser de répondre à toute question qui leur est posée.

Informez les participants des dates et heures possibles et de la durée approximative de la rencontre. Choisissez une pièce tranquille, accessible, pouvant loger confortablement dix personnes, munie d'un endroit où faire du café et se trouvant près de toilettes.

Il est souhaitable de choisir des personnes qui ont récemment eu affaire avec le système de soins de santé et se sentiront à l'aise d'exprimer leurs opinions en français. Pour que le groupe soit équilibré, il devrait compter autant d'hommes que de femmes, autant de 65 à 75 ans que de 75 ans et plus et aussi bien des personnes mariées ou vivant avec quelqu'un que des personnes veuves, divorcées ou célibataires. Vous trouverez ci-dessous une grille qui vous aidera à sélectionner les membres du groupe. Efforcez-vous d'équilibrer ces trois caractéristiques, mais si le temps presse et si vous n'arrivez pas à trouver des personnes qui répondent à l'un ou l'autre des critères, essayez de trouver quelqu'un qui possède une grande expérience des soins de santé et qui accepte de partager ses impressions. Sept participants constituent un nombre suffisant.

NOM	SEXE	ÂGE	ÉTAT CIVIL
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			

ANNEXE 5

MODÈLE DE GRILLE D'ENTREVUE POUR UNE ÉTUDE QUALITATIVE

Introduction

Merci d'avoir accepté de participer à cette entrevue. Comme vous le savez, vous êtes interviewé dans le cadre d'un projet dirigé par (nom de l'organisme). Étant donné que le système de santé a subi un certain nombre de changements au cours des dernières années, (nom de l'organisme) se demande si les aînés reçoivent des soins satisfaisants et aimerait connaître votre opinion sur les soins de santé et votre expérience à ce chapitre. Ces renseignements nous aideront à mieux planifier les modifications qui pourront s'avérer nécessaires.

Vos réponses resteront confidentielles. Comme votre participation est volontaire, sentez-vous bien libre de refuser de répondre à l'une ou l'autre des questions. L'entrevue devrait prendre environ 30 minutes de votre temps et j'utiliserai un magnétophone afin de ne rien manquer des choses importantes que vous voudrez bien me communiquer.

Avez-vous des questions avant de commencer?

Note à l'intervieweur – Un simple rappel : assurez-vous que le magnétophone est en marche.

1. Renseignements généraux

Je vais d'abord vous poser quelques questions générales portant sur vous et sur votre santé.

1.1 Quel âge avez-vous?

1.2 Sexe – Homme ou femme (*ne posez pas la question – encerclez la réponse*)

1.3 Qui demeure avec vous?

1.4 Diriez-vous que vous vivez dans une localité rurale ou dans une localité urbaine?

(En cas de doute, prenez note du nom de l'endroit.)

1.5 Quelle est la langue parlée à la maison?

1.6 Y a-t-il d'autres langues parlées à la maison?

1.7 Compte tenu de votre âge, diriez-vous que votre état de santé est en général

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> excellent | <input type="checkbox"/> bon | <input type="checkbox"/> assez bon |
| <input type="checkbox"/> mauvais | <input type="checkbox"/> très mauvais | <input type="checkbox"/> ne sais pas |



2. Utilisation des soins de santé

J'aimerais maintenant vous interroger au sujet des types de services que vous recevez actuellement ou que vous avez reçus au cours de la dernière année.

- 2.1 Avez-vous eu recours à l'un ou l'autre des services suivants au cours de la dernière année? À quelle fréquence avez-vous utilisé le service en question au cours des six derniers mois?

SERVICE	FRÉQUENCE D'UTILISATION
Aides familiales	_____
Soins infirmiers à domicile	_____
Livraison de repas	_____
Relève	_____
Participation à un programme de jour offert aux aînés dans un hôpital ou dans la collectivité	_____
Physiothérapie	_____
Visite d'un médecin de famille	_____
Visite d'un spécialiste (p. ex., cardiologue, rhumatologue, ophtalmologiste)	_____
Visite d'un autre dispensateur de soins de santé (p. ex., chiropraticien, massothérapeute, homéopathe)	_____

- 2.2 Recevez-vous d'autres services ne figurant pas dans cette liste et que vous aimeriez mentionner? À quelle fréquence avez-vous recours à ces autres services?

- 2.3 À quels types de soins vous attendez-vous de la part des personnes qui vous dispensent ces services?

Questions incitatives : Qu'attendez-vous de ces dispensateurs de soins? Comment voulez-vous être traité? Comment vous sentez-vous après avoir vu votre médecin ou un autre spécialiste médical? Comment vous sentez-vous après une visite de l'infirmier ou de l'infirmière à domicile, d'une aide familiale, etc.?

- 2.4 Mises à part les personnes que vous avez déjà mentionnées, y a-t-il quelqu'un d'autre qui vous aide à la maison ou lorsque vous sortez pour une raison ou une autre (p. ex., pour vous rendre à un rendez-vous, pour aller à la banque, au centre commercial, à l'épicerie ou au cinéma, pour rendre visite à des amis ou à des membres de la famille)?

Questions incitatives : Y a-t-il des membres de la famille, des parents ou des voisins qui vous aident? De quelle façon vous aident-ils?

3. Services de santé

- 3.1 J'aimerais maintenant connaître les raisons pour lesquelles vous avez besoin des services que vous recevez.

Questions incitatives : Dans quelle mesure ces services sont-ils utiles 1) pour vous aider à pratiquer les activités nécessaires pour vivre de façon autonome au sein de la collectivité; 2) pour aider les **autres** qui vous dispensent des soins? De quelle façon ces services améliorent-ils votre qualité de vie, vous permettent-ils de combler vos besoins fondamentaux, vous évitent-ils d'être hospitalisé ou admis dans un foyer de soins infirmiers, vous aident-ils à améliorer votre propre capacité à subvenir à vos besoins?

- 3.2 Dans l'ensemble, comment décririez-vous vos expériences récentes des services reçus?

Questions incitatives : Diriez-vous que vos expériences ont été très bonnes, satisfaisantes ou totalement insatisfaisantes? Certaines expériences ont-elles été pires ou meilleures que d'autres? Comment vous sentez-vous après la visite du médecin, du massothérapeute, de l'aide familiale ou de l'infirmière? Avez-vous eu de la difficulté à obtenir de l'information au sujet des services ou à obtenir les services?

- 3.3 J'aimerais également savoir si d'après vous, les services sont bien coordonnés.

Questions incitatives : Il se peut par exemple que les travailleurs changent constamment, mais sont-ils toujours au courant de vos besoins, tiennent-ils les membres de votre famille au courant de la situation et participent-ils à la planification de vos soins? Votre médecin est-il au courant des services de soins à domicile que vous recevez?

- 3.4 À votre avis, quels types de services vous faut-il pour combler vos besoins en matière de santé?

Questions incitatives : De quelle gamme de services de santé estimez-vous avoir besoin actuellement? À quel endroit ces services devraient-ils être dispensés – à l'hôpital ou au sein de la collectivité? Y a-t-il d'autres services qui ne sont pas directement liés aux soins de santé (transport, épicerie, etc.) dont vous considérez avoir besoin pour mieux vivre au sein de la collectivité?

- 3.5 Avez-vous des suggestions à formuler en vue d'améliorer le système de soins de santé pour les aînés d'aujourd'hui ou ceux de demain?



4. Changements dans la prestation des services de santé

- 4.1 Nous sommes très intéressés à entendre parler de tout changement qui a pu se produire au sein de votre collectivité en ce qui a trait à la façon de dispenser les services de santé. Au cours de la dernière année, avez-vous observé de quelconques changements dans la façon dont vos besoins en matière de soins de santé sont comblés?

Questions incitatives : Que s'est-il produit? Est-ce que certains services sont plus faciles à obtenir que d'autres? Est-ce que l'infirmière en soins à domicile ou l'aide familiale change souvent? Devez-vous payer pour obtenir des services qui étaient autrefois payés par le gouvernement ou par une société d'assurance privée?

- 4.2 Est-ce que certains de ces changements ont modifié la qualité des soins que vous recevez ou votre qualité de vie?

Questions incitatives : Par exemple, d'après votre expérience, diriez-vous qu'il est maintenant plus facile ou plus difficile de voir votre médecin de famille ou un spécialiste médical, d'obtenir un service de soins à domicile ou encore d'être admis à l'hôpital, ou si c'est à peu près comme avant? Pourriez-vous me donner quelques exemples?

- 4.3 Êtes-vous au courant de changements survenus sur le plan des services de santé de votre province ou de votre collectivité?

Questions incitatives : Par exemple – Y a-t-il eu des fermetures ou des fusions d'hôpitaux? Payez-vous aujourd'hui certains services que payait autrefois partiellement ou totalement le gouvernement (médicaments, soins infirmiers à domicile)? Avez-vous observé de quelconques changements dans les critères d'admissibilité à certains services, comme l'aide familiale ou les soins infirmiers à domicile?

Merci d'avoir participé à cette entrevue.

ANNEXE 6

MODÈLE DE QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ (QUANTITATIF)

1. Combien de fois environ avez-vous consulté un médecin au cours des six derniers mois, sauf au cours d'une hospitalisation? *[y compris un psychiatre]* _____ fois

2. Au cours des six derniers mois, pendant combien de jours avez-vous été assez malade pour ne plus pouvoir vous adonner à vos activités habituelles, comme vous rendre au travail ou travailler autour de la maison?

- Aucun Une semaine ou moins Plus d'une semaine
 Entre 1 et 3 mois Entre 4 et 6 mois mais moins d'un mois
 Aucune réponse

3. Au cours des six derniers mois, combien de jours avez-vous passés à l'hôpital pour des problèmes de santé physique? _____ jours

4. Au cours des six derniers mois, combien de jours avez-vous passés dans un foyer de soins infirmiers ou dans un centre de réadaptation pour des problèmes de santé physique? _____ jours

5. Avez-vous l'impression d'avoir besoin de soins médicaux ou de traitements autres que ceux que vous recevez en ce moment?

- Oui Non
 Aucune réponse

6. Êtes-vous atteint de l'une des maladies suivantes en ce moment?

(Cochez «OUI» ou «NON» pour chacune des maladies. Si la réponse est «OUI», posez la question suivante : « Dans quelle mesure cela nuit-il à vos activités? Pas du tout, un peu ou beaucoup? » et cochez la case appropriée.)

Oui	Non	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Maladie
					Arthrite ou rhumatisme
					Glaucome
					Asthme
					Emphysème ou bronchite chronique
					Tuberculose
					Hypertension artérielle
					Trouble cardiaque
					Problème de circulation dans les bras ou les jambes
					Diabète
					Ulcères (du système digestif)
					Autre trouble gastro-intestinal ou problème de vésicule biliaire
					Maladie du foie
					Maladie des reins
					Trouble des voies urinaires ou de la prostate
					Cancer ou leucémie
					Anémie
					Problème de la thyroïde ou d'une autre glande
					Problème de peau (ulcères, lésion, éruption)
					Trouble du langage, de l'audition ou de la vision
					Trouble des cellules osseuses (p. ex., ostéoporose)
					Suites d'un accident cérébrovasculaire

ANNEXE 7

MODÈLE DE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À L'ENTREVUE

Je, soussigné(e), consens volontairement à participer à une entrevue réalisée par (nom de la personne, de l'organisme et numéro de téléphone). Je comprends que l'étude vise à examiner les expériences personnelles du système de soins de santé et qu'elle s'inscrit dans le cadre d'une évaluation des services de santé à l'intention des aînés.

Je peux refuser de répondre à toute question que l'on me pose et je peux mettre fin à l'entrevue en tout temps. Je comprends également que je peux refuser de participer à l'étude et que cela n'affectera en rien les services que je reçois actuellement.

Je comprends que l'entrevue est enregistrée et qu'après l'analyse des données, la bande sera effacée. Mon nom ne sera mentionné dans aucun rapport publié de l'étude. L'entrevue durera environ une heure. Ma participation ne présente aucun risque et je peux recevoir copie du rapport final de l'évaluation si je le désire.

Signature _____

Date _____

BIBLIOGRAPHIE

BC Health Research Foundation. *How to Choose a Research Consultant*. Burnaby: 1994. [Disponible à l'adresse suivante : BC Health Research Foundation, Suite 919, 4710 Kingsway, Burnaby, (C.-B.) V5H 2M2 Tel.: (604) 436-3573, Tél.: (604) 436-2573.]

Collins, C.; Stommel, M.; Ding S. et Given, C.W. Assessment of the Attitudes of family Caregivers Toward Community Services. *Gerontologist*. Vol. 31 (N° 6): déc. 1991; p. 756-761 (6p.)

Cusak, S. Developing a Lifelong Learning Program: Empowering Seniors as leaders in Lifelong Learning. *Educational Gerontology*. Vol. 21 N° 4): juin 1995; p. 305-320 (16p.)

Feuerstein, M.-T. *Partners in Evaluation: Evaluating Development and Community Programs With Participants*. London: Macmillan Press, 1993.

Fink, A. *Evaluation Fundamentals: Guiding Health Programs, Research, and Policy*. Newbury Park: Sage Publications, 1993.

Gray-Vickrey, P. Gerontological Research: Use and Application of Focus Groups. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 19, N°5: mai 1993.

Labonté, R. et Feather, J. *Manuel sur l'utilisation du récit pour la promotion de la santé*. Ottawa : Santé Canada, 1996. [Disponible : Publications de Santé Canada, (613) 954-5995.]

MacQuarrie, M. A. et Keddy, B. Women and Aging: Directions for Research. *La Revue canadienne du vieillissement*. Vol. 14 (Supplément 1): été 1995; p. 100-118 (19p.)

McGowan, P. et Green, L. W. Arthritis Self-Management in Native Population of British Columbia: An Application of Health Promotion and Participatory Research Principles in Chronic Disease Control. *La Revue canadienne du vieillissement*. Vol. 14 (Supplément 1): été 1995; p. 201-212 (12p.)

McWilliam, C. Using a participatory research process to make a difference in policy on aging. *La Revue canadienne du vieillissement*. Vol. 16 (Supplément: printemps 1997; p. 70-89 (20p.)



Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. *Annotated Bibliography of Selected Evaluation Literature*. Victoria : 1995. [Disponible à l'adresse suivante : Evaluation, Program Analysis and Epidemiology Branch, Program Standards and Information Management Division, Ministry of Health, 1-1810, rue Blanshard, Victoria, (C.B.) V8V 1X4. Tel. : (250) 952-0928 Telec. : (250) 952-0942]

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. *Health Indicator Workbook – A Tool for Healthy Communities*. Deuxième édition. Victoria : 1995. [Disponible à l'adresse suivante : Population Health Resource Branch, BC Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Main Floor, 1520 Blanshard Street, Victoria, (C.B.) V8W 3C8. Tel : (250) 952-1798]

Neysmith, S. M. *Feminist Methodologies: A Consideration of Principles and Practice for Research in Gerontology*. *La Revue canadienne du vieillissement*. Vol. 14 (Supplément 1): été 1995; p. 100-118 (19p.)

Santé Canada. *L'évaluation des répercussions sur la santé comme instrument de promotion de la santé de la population et de politique publique*. Ottawa: Santé Canada, 1996. [Disponible: Publications de Santé Canada (613)954-5995.]

Santé Canada, Direction de la santé de la population. *Guide d'évaluation de projet – une démarche participative*. Ottawa : Santé Canada, 1996. [Disponible : Publications de Santé Canada, (613) 954-5995.]

Shera, W. *Evaluation for Community Service Organizations*. Victoria : Volunteer Bureau, 1981. [Disponible à l'adresse suivante : Volunteer Victoria 211-620, rue View, Victoria, (C.B.) V8W 1J6. Tel : (250) 386-2269.]