INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

Guide d'élaboration d'un programme d'enseignement aux usagers

4e édition

Direction des soins infirmiers

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

Guide d'élaboration d'un programme d'enseignement aux usagers

Coordonné par :
Hélène Boutin, inf. M.Sc.

avec la collaboration de :
Patricia Robichaud, inf. B.Sc.

4e édition

Direction des soins infirmiers

4e édition

Coordinatrice et rédactrice : Hélène Boutin, conseillère clinicienne en soins infirmiers
Collaboratrice : Patricia Robichaud, infirmière clinicienne, PPMC

Adopté par le Comité d'enseignement aux usagers le 1er mars 2007.

©Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (Hôpital Laval)
1995, révisé novembre 2009.

L'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec et ses concédants. Tous droits réservés.

Il est interdit de reproduire ce document en tout ou en partie sans l'autorisation de l'Institut.

Dans ce document, l'utilisation du féminin ou du masculin pour désigner des personnes a comme seul but d'alléger le texte et d'identifier sans discrimination les individus des deux sexes.

ISBN : 978-2-923250-16-8
Dépôt légal : 2009
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque du Canada

Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
2725, chemin Sainte-Foy, Québec (QUÉBEC) Canada, G1V 4G5

Préface

Le guide d'élaboration d'un programme d'enseignement aux usagers a été conçu originalement en 1995 et révisé en 1997 par Suzanne Petit, infirmière; avec la collaboration de : Pierre Boily, infirmier; Jean-Eudes Bonenfant, inhalothérapeute; Marie-Thérèse Bonnichon, infirmière; Andrée Bourgeois, infirmière; Hélène Duval, infirmière; Odette Germain, infirmière; Mona Huard, infirmière; Geneviève Langlais, infirmière; et Ginette St-Pierre, infirmière.

Nous tenons à remercier les membres du groupe de travail suivant pour leurs commentaires et suggestions dans la révision du présent guide :

Isabel Bean, conseillère clinicienne en soins infirmiers, DSI; Magali Duval, infirmière clinicienne, services ambulatoires; Hélène Gagné, infirmière clinicienne, Centre de soins de jour; Johanne Houde, infirmière clinicienne, 5e Central; Annie Lehouillier, infirmière clinicienne, services ambulatoires; Chantal Michaud, infirmière clinicienne, 4e Central; Mireille Pelletier, infirmière clinicienne, 2e Notre-Dame; Nathalie Turgeon, infirmière clinicienne, services ambulatoires; Marie-Noëlle Vallée, conseillère clinicienne en soins infirmiers, DSI.

Ce guide a été révisé et approuvé par les membres du Comité d'enseignement aux usagers constitué de : Sandra Beaulieu, pharmacienne; Hélène Boutin, infirmière; Hélène Gagné, infirmière; Johanne Houde, infirmière; Nancy Huard, travailleuse sociale; Sylvianne Picard, physiothérapeute; Dre Kathleen Raby; Patricia Robichaud, infirmière; Danielle Rodrigue, infirmière (présidente); et Lina Tremblay, inhalothérapeute.

Table des matières

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1

1. **Assises** 3

1.1 Modèle de planification : Modèle PRECEDE 5
1.2 Philosophie de soins centrés sur la famille 6
1.3 Enseignement prioritaire versus enseignement complet 7

CHAPITRE 2

2. **Documents à produire et procédure à suivre par les concepteurs d'un programme d'enseignement** 9

2.1 Programme d'enseignement 11
2.2 Plan d'enseignement 11
2.3 Feuille de route 12
2.4 Outils éducatifs conçus à l'Institut 13
2.5 Validation et distribution des programmes et outils d'enseignement 13

CHAPITRE 3

3. **Élaboration d'un programme d'enseignement étape par étape** 15

3.1 Planification du programme 17
3.2 Application du programme 26

CHAPITRE 4

4. **Évaluation du programme** 35

4.1 Évaluation des besoins et de la pertinence 37
4.2 Évaluation du processus 37
4.3 Évaluation de l'efficacité de l'enseignement à court terme 38
4.4 Évaluation de l'efficacité de l'enseignement à moyen terme 39

CONCLUSION 41

RÉFÉRENCES 42

BIBLIOGRAPHIE 43

ANNEXES

ANNEXE 1 : Politique d'élaboration, de validation et de distribution des programmes et des outils d'enseignement 47

ANNEXE 2 : Demande d'élaboration d'un programme ou d'un outil d'enseignement comité d'enseignement aux usagers 51

ANNEXE 3 : Grille d'évaluation d'un programme d'enseignement (*Experts cliniques et membres du* CEU) 53

ANNEXE 4 : Grille d'évaluation des outils d'enseignement écrits (*Experts cliniques et membres du* CEU) 55

ANNEXE 5 : Grille d'évaluation d'un document vidéo d'enseignement aux usagers (*Experts cliniques et membres du* CEU) 57

ANNEXE 6 : Grille d'évaluation de la satisfaction des usagers au regard des outils éducatifs écrits (*Grille de l'usager*) 59

ANNEXE 7 : Grille d'évaluation de la satisfaction des usagers au regard d'un document vidéo (*Grille de l'usager*) 61

ANNEXE 8 : Exemples de rédaction des références 63

ANNEXE 9 : Caractéristiques des outils d'enseignement 65

ANNEXE 10 : Indice de lisibilité SMOG 69

ANNEXE 11 : Grille d'évaluation de la satisfaction des usagers au regard de l'enseignement reçu (*Grille de l'usager*) 71

Introduction

En vertu des orientations de la politique de la santé, des normes d'accréditation du Conseil canadien d'agrément des services de santé, des règles prévues dans les codes de déontologie, tous les professionnels de la santé ont l'obligation et le devoir de faire de l'enseignement aux usagers.

D'une part, les usagers ont le droit de savoir et de consentir au traitement de façon éclairée tout comme ils doivent apprendre les mesures leur permettant de guérir ou encore de vivre malgré une perte temporaire ou permanente de leur capacité physique, psychologique ou sociale et ce, de plus en plus fréquemment dans un contexte de maintien à domicile. D'autre part, l'évolution de la technologie utilisée pour les soins et les traitements ainsi que la diminution des durées d'hospitalisation exigent que l'usager et les proches susceptibles d'avoir un rôle d'aidant naturel possèdent un maximum de connaissances et d'habiletés pour entreprendre sa convalescence à domicile.

L'enseignement est un processus qui permet d'aider les usagers à développer certaines habiletés et/ou à acquérir des connaissances en regard de leur état de santé. Ces connaissances sont essentielles à l'adoption des comportements nécessaires au maintien, à l'amélioration ou à la restauration de la santé.

Le fait d'utiliser un programme d'enseignement structuré permet de systématiser l'information transmise à chaque usager. La continuité ainsi que la cohérence des interventions sont alors plus faciles à assurer par l'ensemble des intervenants qui oeuvrent simultanément auprès des usagers. **Cependant, quel que soit le contenu à transmettre, l'enseignement doit être individualisé. Ainsi, le programme d'enseignement et ses outils doivent être adaptés de façon à répondre aux besoins d'apprentissage propres à chaque individu.**

Ce guide aborde les assises qui servent de fondation à l'élaboration du programme d'enseignement aux usagers. Il présente les trois grandes étapes de son développement soit :

- la planification du programme (problématique, description de la clientèle, objectifs généraux et spécifiques);
- l'application du programme (méthodes et outils éducatifs, habiletés d'enseignement);
- l'évaluation du programme (atteinte des objectifs et évaluation du processus).

Par des exemples, le guide illustre les concepts décrits. Il présente les critères de qualité des principaux outils d'enseignement ainsi que les habiletés qui favorisent la transmission efficace de l'enseignement. Enfin, les outils et les ressources actuellement disponibles dans le centre hospitalier sont identifiés afin de faciliter la conception d'un programme ou d'un outil d'enseignement.

CHAPITRE 1

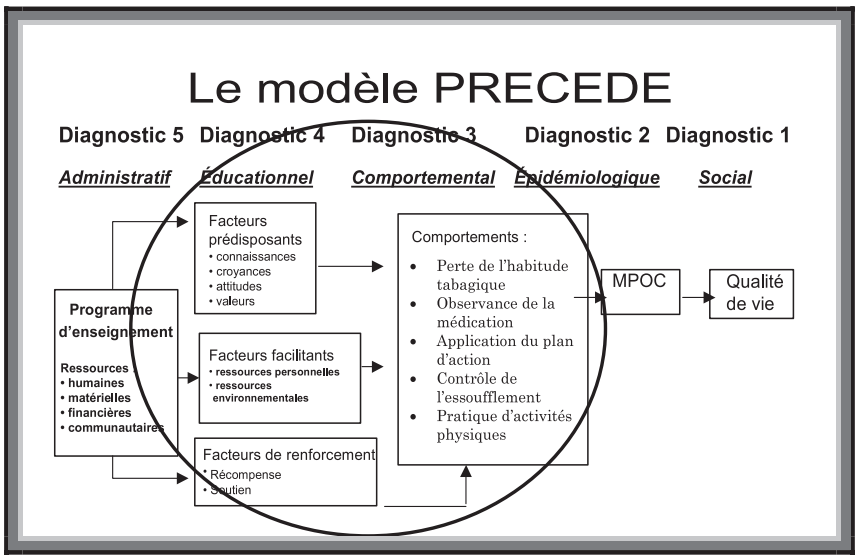
Assises

Le développement des programmes d'enseignement à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec repose sur deux assises principales soit : 1) le modèle PRECEDE pour la planification des interventions éducatives; et 2) la philosophie de soins centrés sur la famille quant à l'application de l'enseignement.

1.1 Modèle de planification : Modèle PRECEDE

Le modèle PRECEDE est extrait du modèle PRECEDE-PROCEED de Green et Kreuter (1999). Il décrit la démarche à suivre pour planifier les activités d'enseignement. Il est basé sur 5 phases évaluatives dites aussi diagnostiques. Les diagnostics social et épidémiologique étant déjà connus, les concepteurs débuteront l'élaboration de leur programme d'enseignement par le diagnostic comportemental.

Le modèle PRECEDE : exemple illustrant la problématique de santé des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).



Diagnostic 1 : **Le diagnostic social ou la qualité de vie**
Évaluer la perturbation de la qualité de vie des personnes.

Diagnostic 2 : **Le diagnostic épidémiologique ou le problème de santé**
Cerner les problèmes de santé (physiques, psychologiques ou sociaux) qui affectent la qualité de vie de ces personnes.

Diagnostic 3 : **Le diagnostic comportemental ou les comportements à adopter**
Identifier les comportements associés aux problèmes de santé.

Diagnostic 4 : **Le diagnostic éducationnel ou les facteurs sur lesquels intervenir**
Préciser les facteurs associés à chacun des comportements liés aux problèmes de santé (les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants et les facteurs de renforcement).

Diagnostic 5 : **Le diagnostic administratif ou le programme d'enseignement**

1.1.1 Le *diagnostic comportemental*

Ce dernier définit les comportements spécifiques qui auront un impact sur la morbidité et la mortalité ainsi que sur la qualité de vie de la clientèle visée. Le diagnostic comportemental *constitue les objectifs généraux du programme d'enseignement*. À titre d'exemple, pour la clientèle MPOC, la perte de l'habitude tabagique, l'observance à la médication, le contrôle de l'essoufflement, l'application d'un plan d'action lors des périodes d'exacerbation de leur maladie et la pratique régulière d'exercices auront un impact direct sur le contrôle de la maladie (voir schéma illustré à la page précédente). Idéalement, il faut limiter à 4 ou 5 comportements le diagnostic comportemental.

1.1.2 Le *diagnostic éducationnel*

Selon ce modèle, trois types de facteurs peuvent influencer l'adoption et le maintien des comportements de santé.

Facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants sont les préoccupations, les connaissances, les croyances, les attitudes et les valeurs que l'individu a face à un comportement de santé. Les croyances et les attitudes sont particulièrement influentes dans l'adoption et le maintien d'un comportement de santé.

Facteurs facilitants

Les facteurs facilitants ou constituant des barrières à l'adoption des comportements de santé sont liés aux ressources personnelles et environnementales de la personne. Les ressources personnelles comprennent entre autres, les habiletés intellectuelles et de communication, les capacités sensorielles, les différences culturelles, les habiletés motrices et les moyens financiers de la personne. Les ressources environnementales font principalement références à la disponibilité et l'accessibilité des services ainsi qu'à la compétence des professionnels de la santé.

Facteurs de renforcement

Enfin, les facteurs de renforcement tels que le réseau de soutien social entourant l'individu et les bénéfices reçus ou qu'il peut recevoir en adoptant le comportement de santé contribuent au maintien des comportements de santé. Il s'avère donc important d'inclure les personnes significatives dans l'élaboration et l'application d'un programme d'enseignement, d'établir des objectifs réalistes et de renforcer les apprentissages acquis.

1.2 Philosophie de soins centrés sur la famille

La théorie, la pratique et la recherche ont démontré que la famille joue un rôle important dans le maintien de la santé et du bien-être de chacun de ses membres et qu'elle a une influence incontestable sur la maladie (Wright et Leahey, 2001). De plus, la famille a de plus en plus d'attentes face aux professionnels de la santé. Entre autres, elle désire avoir des nouvelles de leur proche, être invitée à donner son opinion dans les décisions de soins et être soutenue pour mieux s'adapter à la situation. En conséquence, la famille doit être impliquée dans l'enseignement.

1.2.1 *Motifs d'implication de la famille*

- Les membres de la famille sont affectés par les changements de comportements attendus chez l'usager.
- Ils doivent comprendre ce qui se passe pour supporter l'usager.
- Il est possible qu'ils aient à intervenir à la place de l'usager.
- Ils peuvent nous aider à identifier les besoins d'apprentissage et à fixer des objectifs particuliers.
- Ils nous aident à préciser les éventuelles difficultés d'apprentissage.
- Ils peuvent nous aider à faire cheminer la personne vers l'atteinte d'objectifs d'apprentissage, à les évaluer et à les réajuster au besoin.

1.2.2 *Intégration de la famille*

Il s'agit de susciter leur participation :

- par des rencontres d'échange (usager - famille - infirmière - autre professionnel de la santé) afin de préciser les attentes et les besoins éventuels à combler;
- par des rencontres d'information sur le programme d'enseignement, la méthodologie et les horaires;
- par un partage des responsabilités;
- en leur donnant la formation requise;
- en leur fournissant un soutien à chaque étape du programme d'enseignement à laquelle elle a été invitée;
- en assurant le suivi de l'enseignement fait.

Cinq questions utiles sont suggérées afin d'évaluer les besoins d'apprentissage de la famille (Unité de nursing familial, 2000).

1. Quel est le plus grand défi (ou inquiétude) pour la famille concernant la maladie ou l'hospitalisation?
2. Qui, dans la famille, est le plus affecté par la maladie et comment le démontre-t-il/elle?
3. Qui vous aide le plus à composer avec ce plus grand défi?
4. De quelles informations auriez-vous le plus besoin maintenant?
5. Comment puis-je le plus vous aider?

1.3 Enseignement prioritaire versus enseignement complet

Compte tenu de la durée d'hospitalisation de plus en plus écourtée, il est important que les programmes d'enseignement prévoient un plan d'enseignement prioritaire en cours d'hospitalisation afin d'assurer un retour à domicile sécuritaire à l'usager et à sa famille.

L'Institut offre un nombre considérable de programmes d'enseignement en ambulatoire pour les personnes aux prises avec une maladie chronique dont voici quelques exemples : asthme, défibrillateur cardiaque, diabète, hypertension artérielle pulmonaire, insuffisance cardiaque, MPOC, etc. Les services ambulatoires offrent également des programmes post intervention chirurgicale notamment, en chirurgie thoracique, cardiaque et bariatrique.

Idéalement, l'enseignement débuté lors d'une hospitalisation devrait être complété en externe par l'inscription de l'usager à un programme structuré d'enseignement soit aux services ambulatoires ou, si non disponible, à un Centre de services de santé et services sociaux (CSSS) tel que le programme « Traité santé ».

CHAPITRE 2

Documents

à produire et à suivre par les concepteurs d'un programme d'enseignement

Divers documents sont à produire lors de la conception d'un programme d'enseignement. Il s'agit du programme d'enseignement, du plan d'enseignement, de la feuille de route et des outils éducatifs appuyant l'enseignement. Les concepteurs doivent également suivre la procédure pour faire approuver leur programme auprès du comité d'enseignement aux usagers.

Dans la présente section, les éléments devant être inclus dans les différents documents sont uniquement énumérés. La façon de rédiger chacun de ces éléments est décrite dans la prochaine section.

2.1 Programme d'enseignement

Un programme d'enseignement est un document qui reflète l'étude détaillée des besoins d'apprentissage d'une clientèle et concrétise le processus d'enseignement nécessaire à l'atteinte des objectifs d'apprentissage. Le programme d'enseignement est rédigé de façon sommaire et comporte :

- le titre du programme;
- le nom des responsables et concepteurs du programme et des outils d'enseignement incluant les concepteurs initiaux et les personnes-ressources à contacter;
- le descriptif de la problématique et de la clientèle visée;
- les types de services offerts (programme d'enseignement offert lors de l'hospitalisation, en cliniques externes, ...), enseignement individuel, enseignement de groupe;
- le ou les buts visés par le programme;
- les objectifs généraux;
- les objectifs spécifiques;
- les méthodes éducatives;
- les outils utilisés dans le cadre du programme (plan d'enseignement, guide, feuille de route, guide pour la formation du personnel, etc.);
- les moyens et critères d'évaluation pour évaluer le processus et les résultats du programme;
- la durée moyenne nécessaire pour prodiguer l'enseignement planifié;
- les annexes comprenant le plan d'enseignement et la feuille de route.

2.2 Plan d'enseignement

Le plan d'enseignement décrit l'ensemble des activités qui permettent l'atteinte des objectifs généraux et spécifiques.

On y retrouve :

- le nom des responsables;
- le but du programme.

Et sous forme de tableau :

- les objectifs généraux;
- les objectifs spécifiques;
- le contenu de l'enseignement;
- la méthode éducative utilisée pour chaque objectif spécifique;
- les outils d'enseignement ou les pages du guide d'enseignement utilisées lors de l'enseignement s'il y a lieu;
- les critères d'évaluation qui permettent de mesurer si la personne a atteint ou non l'objectif.

Noter qu'un programme d'enseignement peut comporter plus d'un plan d'enseignement. À titre d'exemples, le programme d'enseignement aux usagers atteints de diabète comprend 4 plans d'enseignement répondant à 4 situations différentes : enseignement prioritaire, complet, suivi téléphonique et suivi des plaies. Pour sa part, le programme aux usagers MPOC dénombre 3 plans d'enseignement en fonction de l'endroit où il est dispensé : prioritaire pour les unités de soins, complet pour la clinique MPOC et, spécifique pour les usagers oxygénodépendants suivis par le Service régional de soins respiratoires spécialisés à domicile.

Bien que les objectifs généraux demeurent les mêmes, les objectifs spécifiques, les méthodes d'enseignement et les outils d'enseignement peuvent varier pour répondre aux différentes situations et aux besoins spécifiques des clientèles.

2.3 Feuille de route

La feuille de route témoigne de l'enseignement prodigué par l'intervenant et de l'atteinte des objectifs d'apprentissage visés auprès de l'usager. Elle permet d'assurer la continuité de l'enseignement. **Les mêmes objectifs spécifiques d'apprentissage doivent se retrouver dans le plan d'enseignement et dans la feuille de route.** La feuille de route est numérisée et constitue la preuve légale que l'enseignement a été dispensé. Elle est conservée au dossier de l'usager.

La feuille de route comporte :

- la liste des objectifs et les résultats observés;
- la signature des intervenants ayant dispensé l'enseignement;
- les dates du déroulement de l'enseignement et de l'évaluation;
- les outils utilisés;
- les réactions de l'usager ou de ses proches;
- les notes complémentaires.

Afin de limiter le nombre de feuilles de route et de permettre aux intervenants de différencier les objectifs prioritaires de l'ensemble des objectifs d'apprentissage du programme, il est suggéré de démarquer les objectifs à enseigner en priorité sur la feuille de route.

2.4 Outils éducatifs conçus à l'Institut

Les outils éducatifs peuvent être multiples et provenir de différentes sources. L'important est de s'assurer que les contenus transmis correspondent aux objectifs visés par le programme et qu'ils sont conçus selon les critères de qualité décrits dans la prochaine section de ce guide.

2.5 Validation et distribution des programmes et outils d'enseignement

La P*olitique d'élaboration, de validation et de distribution des programmes et des outils d'enseignement* a été élaborée par le comité d'enseignement aux usagers (CEU) en 1995 et révisée en 2007 (annexe 1). Elle décrit les procédures à suivre afin d'être conformes aux standards de qualité adoptés par le CEU.

Afin de faciliter la conception des programmes et outils d'enseignement, le CEU suggère de :

- créer un groupe de travail et nommer un responsable;
- contacter le CEU qui leur assignera une personne-ressource afin de les soutenir dans leur démarche;
- établir un plan de conception qui respecte les critères de qualité et le processus de validation et de distribution des programmes et outils d'enseignement.

Le CEU a élaboré différents formulaires afin d'assurer le respect de la politique et faciliter le travail des concepteurs. Voici la liste de ces outils, une brève description de leur objet et leur processus d'utilisation :

1. Le formulaire D*emande d'élaboration d'un programme ou d'un outil d'enseignement* (annexe 2) doit d'abord être acheminé au CEU. Ce formulaire permet d'éviter les duplications et d'obtenir le soutien nécessaire du CEU. Une réponse est acheminée au demandeur par la présidente du CEU.

2. Trois formulaires permettent l'évaluation des programmes ou des outils d'enseignement par 3 experts cliniques n'ayant pas collaboré à la conception des documents. Leur rôle est d'évaluer les contenus, de suggérer des modifications et de recommander ou non au CEU l'utilisation desdits documents. Les grilles d'évaluation des experts cliniques doivent être acheminées au CEU en même temps que le programme ou l'outil d'enseignement.

   Les grilles d'évaluation sont les suivantes :

   - *Grille d'évaluation d'un programme d'enseignement* (annexe 3);
   - *Grille d'évaluation des outils d'enseignement écrits* (annexe 4);
   - *Grille d'évaluation d'un document vidéo d'enseignement aux usagers* (annexe 5).

3. Deux formulaires permettent la validation des outils d'enseignement élaborés auprès de 3 usagers. Les grilles d'évaluation des usagers doivent être acheminées au CEU en même temps que l'outil d'enseignement.

   Les grilles d'évaluation sont les suivantes :

   - *Grille d'évaluation de la satisfaction des usagers au regard des outils éducatifs écrits* (annexe 6);
   - *Grille d'évaluation de la satisfaction des usagers au regard d'un document vidéo* (annexe 7).

4. Le CEU révise les documents soumis et prend connaissance des évaluations. Il émet des recommandations aux concepteurs ou approuve le programme ou l'outil d'enseignement. Dans tel cas, une mention « approuvée par le comité d'enseignement aux usagers de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec » sera inscrite sur lesdits documents.

Les concepteurs peuvent compter sur le comité d'enseignement aux usagers pour les soutenir dans leur démarche. Ils peuvent également s'inspirer des programmes d'enseignement élaborés en 2007 comme modèles. Ces programmes se retrouvent dans le cartable E*nseignement aux usagers* disponible à chaque unité de soins et service.

CHAPITRE 3

Élaboration d'un programme d'enseignement étape par étape

Un programme d'enseignement consiste en une démarche systématique comprenant trois étapes soit la planification, l'application et l'évaluation.

3.1 Planification du programme

Avant même de débuter l'élaboration d'un programme d'enseignement, les clientèles cibles doivent être bien définies en identifiant les problèmes de santé qui les caractérisent. Ces problèmes de santé doivent être exprimés en besoins d'apprentissage cognitif, affectif et/ou psychomoteur.

Cette première étape permet à la fois de justifier et de clarifier les étapes subséquentes de la démarche d'élaboration du programme d'enseignement. En effet, la détermination du but du programme d'enseignement, des objectifs généraux et spécifiques d'apprentissage, du contenu à transmettre, de la méthode ainsi que des outils éducatifs et des mécanismes d'évaluation à mettre en place ne peuvent être faits sans que les besoins d'apprentissage de la clientèle visée soient bien définis au préalable.

Il faut ensuite établir les priorités d'enseignement pour orienter le développement des programmes. Il s'agit de faire un choix parmi les besoins identifiés. Plusieurs cadres de référence existent pour prioriser ces besoins dont en voici quelques-uns.

1. La hiérarchie des besoins selon la théorie de Maslow :
   - enseignement des soins des pieds à un diabétique (1er niveau : besoin physique);
   - enseignement sur la façon de se mobiliser avec une orthèse (2e niveau : besoin de sécurité).
2. En fonction du besoin immédiat par rapport à un besoin devant être satisfait à plus long terme :
   - l'usager doit apprendre à s'injecter son insuline (besoin immédiat);
   - l'usager veut améliorer son bien-être en faisant de l'exercice physique (besoin à long terme).

   Ici, nous retrouvons le concept d'objectifs d'apprentissage prioritaires à viser lors de l'hospitalisation versus les objectifs à moyen et long terme visés par les programmes clientèles des services ambulatoires. **Cette façon d'orienter les programmes est préconisée par le comité d'enseignement aux usagers de l'Institut.**
3. En fonction d'un besoin spécifique par rapport à un besoin plus général :
   - l'introduction d'une nouvelle technologie telle qu'une pompe à analgésie contrôlée nécessitant la participation de l'usager (besoin spécifique);
   - les orientations ministérielles telles que la diminution du % de cancer de poumon (besoin général).
4. En fonction d'un besoin relié à la survie par rapport à un besoin relié au bien-être :
   - la transplantation cardiaque (besoin relié à la survie);
   - l'importance d'une alimentation saine (besoin relié au bien-être).

5. En fonction du séjour hospitalier ou du déroulement de l'épisode de soins :
   - problèmes de santé traités en externe ou dont la durée de séjour est très courte;
   - un nombre important d'usagers concernés par le problème de santé.

3.1.1 *Décrire la problématique et la clientèle*

La description de la problématique témoigne de la pertinence de développer un programme d'enseignement pour une clientèle spécifique. Normalement, une problématique est décrite du plus général au plus spécifique. C'est ainsi qu'on devrait y retrouver la description du problème de santé, d'où il origine, l'ampleur du problème, les conséquences de ce problème de santé sur les personnes atteintes. Les caractéristiques spécifiques de la clientèle traitée à l'Institut et visée par le programme d'enseignement sont à préciser : l'âge, le sexe, le nombre de personnes visées, etc.

On pourrait également y lire les principaux comportements de santé à adopter, le contexte et les limites de l'intervention, le choix de l'enseignement de groupe versus individuel ou tout autre élément justifiant les interventions préconisées par le programme.

La problématique et la description de la clientèle devraient reposer sur des données probantes. Pour ce faire, dans la mesure du possible, il est utile de faire une brève **revue de littérature**. Cette dernière peut permettre de documenter les comportements de santé à prioriser chez la clientèle visée. Les concepteurs devraient également consulter d'autres ressources telles que les **programmes et outils déjà existants, les personnes atteintes du problème de santé** afin d'identifier leurs besoins d'apprentissage **et les professionnels de la santé spécialisés dans le domaine** (exemples : les médecins spécialistes, la conseillère clinicienne en soins infirmiers, les infirmières cliniciennes ou autres membres du secteur clinique).

Les références doivent être citées tout au long du programme ou dans les documents d'enseignement. Le lecteur doit être capable d'identifier les sources d'information.

Selon l'American Psychological Association (APA, 2001), la liste des références se rapporte aux documents qui supportent spécifiquement la rédaction d'un document. La bibliographie, quant à elle, cite tous documents consultés liés directement au travail produit ou recommandés aux lecteurs comme lecture complémentaire. On peut donc dire qu'une bibliographie inclut la liste des références, mais pas l'inverse. Enfin, le CEU recommande l'utilisation des règles de l'APA pour citer les références. Des exemples de formulation de références sont fournis à l'**annexe 8** à titre informatif. Pour en savoir davantage, le lecteur consultera les documents produits par l'APA et cités dans la bibliographie située à la fin de ce guide.

Exemple d'une problématique avec description de la clientèle

La MPOC affecte environ 4 à 6 % de la population canadienne âgée de plus de 55 ans[1]. La MPOC est la quatrième cause de décès en importance chez les hommes et la septième chez les femmes[2]. Cette maladie est en grande partie imputable au tabagisme et se caractérise *par une obstruction évolutive et partiellement réversible des voies respiratoires, par des manifestations systémiques et par une fréquence et une gravité croissantes des exacerbations*.[3]

Parce qu'il s'agit d'une pathologie chronique lentement progressive entrecoupée d'exacerbations aiguës, les personnes atteintes vont consulter dans les urgences et seront hospitalisées de plus en plus souvent au fil du temps. Dans bien des cas, le cycle hospitalisation - retour à la maison - réhospitalisation devient un mode de vie qui dure plusieurs années avant de mener au décès. En effet, au Québec en 2000, l'exacerbation de la MPOC était la troisième cause d'hospitalisation chez l'homme et la quatrième chez la femme[2].

Le taux de réhospitalisation est élevé en partie à cause d'un manque de connaissances et de soutien à domicile. À titre d'exemple, à l'Institut pour l'année financière 2003-2004, 22 % (89/410) des personnes hospitalisées en raison de leur MPOC ont été réhospitalisées générant 40 % des séjours hospitaliers (215/548)[4], ce qui s'apparente aux données canadiennes[3]. La moyenne d'âge de notre clientèle MPOC est de 70 ans et est constituée de 59 % d'hommes et de 41 % de femmes[4].

La mise en place de la Clinique MPOC à l'Institut en 2004, dans la foulée des travaux relatifs à la trajectoire régionale préconisée par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, a permis de réduire de 40 % le nombre de visites à l'urgence, de 50 % le nombre et la durée des hospitalisations chez les usagers MPOC[5]. Ceci démontre qu'un suivi clinique étroit combiné à de l'enseignement a un impact sur la consommation de services par cette clientèle. Ce programme d'enseignement s'adresse aux usagers MPOC et à leurs proches ayant la capacité d'autogérer cette maladie et étant hospitalisés ou suivis en ambulatoire.

RÉFÉRENCES

1. Lacasse, Y., Brooks, D., & Goldstein, R. (1999). Trends in the Epidemiology of COPD in Canada, 1980 to 1995. *Chest*, 116, 306-313.

2. Stokes, J & Lindsay, J. (2000). Maladies chroniques au Canada. Principales causes de décès et d'hospitalisation chez les aînés canadiens. Agence de santé publique au Canada, Récupéré janvier 2007 de http : //www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/17-2/c_f.html

3. O'Donnell, D.E., Hernandez, P., Aaron, S., Bourbeau, J., Marciniuk, D., Hodder, R. et al. (2003). Les lignes directrices de la Société canadienne de thoracologie pour la MPOC : Un résumé des recommandations à l'intention des médecins de famille. *Canadian Respiratory Journal*. 10 (8), 1-4.

4. Direction des soins infirmiers de l'IUCPQ. (2006). *Statistiques sur le suivi systématique de la clientèle* MPOC *de* 1998 *à* 2006. Sainte-Foy, Québec.

5. Direction des services hospitaliers et ambulatoires de l'IUCPQ. (2004). *Statistiques sur les* 50 *premiers usagers inscrits à la clinique* MPOC 6 *mois suivant l'admission au programme*. Clinique MPOC, Sainte-Foy, Québec.

3.1.2 *Définition du but et des objectifs généraux*[1]

But

Le but est un énoncé général annonçant les grandes orientations du programme. Il précise le sens global de l'apprentissage souhaité. Le programme peut comporter plus d'un but.

Exemples de buts

- Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de…
- Favoriser le maintien à domicile de cette clientèle vulnérable par de l'enseignement structuré et un soutien professionnel.
- Prodiguer un enseignement prioritaire lors de l'hospitalisation afin d'assurer un retour à domicile sécuritaire et une continuité du programme d'enseignement en services ambulatoires ou communautaires.

Objectifs généraux

L'objectif général précise le but fixé. Il se formule souvent du point de vue de l'enseignant. Il exprime une intention. Il décrit un comportement observable et mesurable à atteindre à la fin des activités. L'objectif général est plus souvent rédigé avec un verbe d'état (ex. : comprendre) ou d'action (ex. : expliquer). Il peut y avoir plusieurs objectifs généraux pour atteindre le but visé.

La plupart des programmes auront de 4 à 6 objectifs généraux dont les plus fréquents se retrouvent dans le tableau 1. Se restreindre aux comportements spécifiques qui auront un impact sur l'évolution de la maladie et la qualité de vie des personnes atteintes. Si non, les objectifs d'apprentissage à atteindre par la clientèle risquent d'être irréalistes et de décourager les personnes et les professionnels d'adhérer au programme.

Tableau 1 : Principaux comportements (objectifs généraux) visés par les programmes d'enseignement

1. L'observance à la médication prescrite.
2. L'utilisation adéquate de… (appareillage).
3. La reconnaissance ou la surveillance des signes et symptômes de détérioration.
4. L'application d'un plan d'action ou d'interventions lors d'apparition de ces signes et symptômes.
5. La pratique régulière de l'activité physique.
6. L'adoption d'habitudes de vie en lien direct avec la problématique (ex. : alimentation pauvre en sel et gras chez les insuffisants cardiaques, cessation tabagique chez les usagers MPOC, assainissement de l'environnement chez les personnes asthmatiques, alimentation pauvre en sucre chez les diabétiques, etc).

1 À partir d'ici, la section 3 s'inspire largement de Boutin et al., 2002. Les références utilisées dans cette dernière publication se retrouvent à la rubrique Bibliographie.

Exemples d'objectifs généraux :

1. Rendre la personne asthmatique et sa famille aptes à apporter des changements nécessaires dans l'environnement.
2. Développer chez la personne atteinte de MPOC une attitude favorable en regard de la prise de la médication prescrite.
3. Rendre la personne diabétique capable d'utiliser correctement son glucomètre.

3.1.3 *Formulation des objectifs spécifiques*

L'objectif spécifique décrit ce que la clientèle visée sera capable de faire à la suite de l'enseignement reçu. Ceci implique qu'il comporte **un verbe d'action** relié à une tâche ou une action observable et mesurable et des indications sur le niveau et le moment de la performance.

L'objectif spécifique doit contribuer à l'atteinte de l'objectif général. Sinon, il faut se questionner sur sa **pertinence**. Il constitue un contrat clair et précis entre l'enseignant et l'usager (apprenant).

L'exigence du **critère de performance** vise à donner des points de repère à l'enseignante pour évaluer l'efficacité de son intervention et à l'usager pour recevoir une rétroaction et percevoir ses progrès. **Il n'est pas toujours nécessaire d'inscrire un critère de performance lorsque l'objectif est clair, précis, pertinent et univoque.**

FORMULATION D'UN OBJECTIF SPÉCIFIQUE	
1 Apprenant **QUI**	Usager (la personne qui apprend et/ou la personne significative).
2 Performance **FAIT QUOI**	Ce que l'usager sera capable de faire. Verbe d'action mesurable et observable.
3 Condition de réalisation **QUAND ou COMMENT**	À quel moment? De quelle façon?
4 Critère de performance **COMBIEN**	Le niveau de performance attendue

Exemples d'objectifs spécifiques

Condition de réalisation QUAND OU COMMENT	Performance attendue FAIT QUOI	Critère de performance COMBIEN
L'usager ou la personne significative sera capable de (**QUI**)		
À partir d'un dessin	identifier	les quatre principaux facteurs de risque du développement de maladies cardiovasculaires
Après la deuxième séance d'enseignement	expliquer dans ses mots la façon d'ajuster sa médication lors d'une infection des voies respiratoires supérieures	
Avant son départ de l'hôpital	démontrer sans modèle la technique d'injection de l'insuline sous-cutanée	à 2 reprises
Lors de la première séance d'enseignement	effectuer en suivant les instructions	les 6 étapes de la technique de l'aérosol-doseur
Après la première séance d'enseignement post hospitalisation	accepter de restreindre son apport liquidien quotidien	pour les 4 prochaines semaines
Lors de l'hospitalisation	verbaliser sur le soutien apporté par sa famille ou autres personnes significatives en regard des soins reliés à sa trachéotomie	

Comment choisir les verbes d'action?

La formulation des objectifs, et tout particulièrement le choix du verbe d'action, est influencé par le comportement visé au terme de l'apprentissage. **Les apprentissages peuvent être cognitifs, affectifs ou psychomoteurs**. Il y a toujours une partie de connaissances dans les apprentissages du domaine psychomoteur et affectif. Ainsi, notre attitude vis-à-vis de l'usage du tabac est en partie liée à la connaissance de ses effets nocifs.

Le verbe d'action d'un objectif est un bon indicateur du domaine visé et du niveau d'habileté souhaité. Les trois taxonomies des domaines d'apprentissage proposées ci-dessous visent à donner des repères pour le niveau d'habileté à atteindre dans chaque domaine et aider à rédiger des objectifs.

Le concepteur du programme établit les objectifs en considérant ces niveaux en partant du plus simple au plus complexe. Il est rare de retrouver des objectifs de très haut niveau dans les programmes d'enseignement à moins que celui-ci ne s'échelonne sur plusieurs rencontres ou sur plusieurs mois de suivi.

Le domaine cognitif (connaissances et démarche intellectuelle) : la taxonomie de Bloom

Selon la taxonomie de Bloom (Legendre, 1993), le domaine cognitif comporte 6 niveaux d'habiletés. Pour devenir une personne experte à maîtriser son problème de santé, il faut d'abord connaître ce qu'il faut savoir, puis le comprendre, l'appliquer, etc.

Le tableau suivant présente les différents niveaux d'habiletés du domaine cognitif avec le type de comportement observé ainsi que les verbes d'action pouvant être utilisés pour exprimer l'apprentissage visé.

Lors de l'hospitalisation, puisqu'il s'agit d'enseignement prioritaire, les deux premiers niveaux sont les plus souvent utilisés alors qu'en ambulatoire où un enseignement plus complet est dispensé, on visera des niveaux plus élevés afin de rendre la personne le plus autonome possible en regard du problème de santé.

DOMAINE COGNITIF : TAXONOMIE DE BLOOM

NIVEAU	TYPE DE COMPORTEMENT	VERBES
1. Acquisition de connaissances	Se rappeler les informations, les faits, les principes.	Énumérer, identifier, définir, nommer, décrire, énoncer, choisir, lister, dire, etc.
2. Compréhension	Transposer, interpréter et extrapoler à partir de certaines connaissances.	Expliquer, résumer, interpréter, comparer, distinguer, différencier, dire dans ses propres mots, donner des exemples, etc.
3. Application	Utiliser des connaissances ou des principes pour résoudre un problème.	Appliquer, résoudre, planifier, réaliser, choisir, mettre en pratique, démontrer, prédire, etc.
4. Analyse	Identifier les éléments, les relations et les principes d'organisation d'une situation.	Analyser, séparer, distinguer, expliquer, classer, arranger, comparer, sélectionner, inférer
5. Synthèse	Produire un travail personnel après avoir conçu un plan d'action.	**Ces niveaux dépassent les buts de la plupart des programmes d'enseignement**
6. Évaluation critique	Porter un jugement critique fondé sur des critères internes ou externes.	

Le domaine des attitudes (affectif) : la taxonomie de Krathwohl

Pour qu'une personne devienne experte à maîtriser son problème de santé, elle doit d'abord démontrer une ouverture d'esprit face aux recommandations, ensuite affirmer son intention d'agir pour, enfin, les intégrer dans ses actions. **Nous devrions avoir des objectifs affectifs dans tout programme d'enseignement** puisque l'attitude est un facteur déterminant l'adoption des comportements de santé.

Selon la taxonomie de Krathwohl (Legendre, 1993), le domaine affectif comprend 5 niveaux d'habiletés. Les niveaux visés dans les programmes d'enseignement sont les trois premiers : la réception, la réponse et la valorisation. L'organisation et la caractérisation par une valeur traduisent ou témoignent de leur intégration dans l'action (mode ou habitudes de vie).

DOMAINE AFFECTIF : TAXONOMIE DE KRATHWOHL

NIVEAU	TYPE DE COMPORTEMENT	VERBES
1. Réception	Écouter attentivement les informations. Démontrer de l'intérêt. N.B. Faible motivation. Niveau insuffisant pour passer à l'action.	Accepter, demander, choisir, décrire, suivre, donner, partager, écouter, identifier, utiliser, etc.
2. Réponse	Chercher à obtenir de l'information afin d'approfondir ses connaissances. Afficher son comportement, accepter d'agir. Trouver plaisir à l'idée de... N.B. C'est le niveau minimal pour agir	Se conformer, approuver, discuter, accueillir, accomplir, donner son opinion, choisir, décider, contredire, lire, écrire, etc.
3. Valorisation	Attribuer une valeur à un comportement. Chercher à adopter le comportement. Être convaincu du bien fondé de ce comportement. N.B. Ce niveau qui traduit une motivation importante est idéal pour l'acquisition du comportement.	Expliquer, accepter, justifier, proposer, défendre son opinion, choisir, partager, s'engager, encourager, préférer, convaincre, compléter, suivre, proposer, etc.
4. Organisation	Discerner les valeurs qui mènent sa vie. Adapter des comportements en fonction de ces valeurs.	**Ceci sera atteint avec le temps**
5. Caractérisation par une valeur	Être parfaitement adapté au comportement. N.B. Ce niveau s'apparente aux habitudes de vie.	

Le domaine psychomoteur : la taxonomie de Dave

Selon la taxonomie de Dave (Legendre, 1993), le domaine psychomoteur comporte également 5 niveaux d'habiletés. Ainsi, de gestes malhabiles, la personne cheminera dans ses habiletés motrices jusqu'à atteindre un automatisme dans l'exécution de la technique de l'instrument à utiliser. Encore une fois, ce sont les trois premiers niveaux qui sont généralement visés dans les programmes d'enseignement.

TAXONOMIE DE DAVE
DOMAINE PSYCHOMOTEUR

NIVEAU	TYPE DE COMPORTEMENT	VERBES
1. Imitation	Imiter de façon approximative une action observée. Pauvre coordination.	Essayer, imiter, effectuer, reproduire, etc.
2. Manipulation	Suivre des instructions, différencier les mouvements, reproduire le mouvement avec une certaine facilité.	Suivre, manipuler, reproduire, effectuer, etc.
3. Précision	Reproduire le geste avec précision, en l'absence de modèle.	Reproduire, effectuer, utiliser, démonter, démontrer avec précision, etc.
4. Structuration	Coordonner la série d'actions nécessaires, gérer la vitesse, la durée de l'action. Bonne articulation des actions.	**Ceci s'acquiert avec le temps**
5. Naturalisation	Reproduire les gestes ou les mouvements avec un minimum d'effort, d'automatisme.	

Pour résumer cette section, voici un modèle de rédaction du but, d'objectifs généraux et spécifiques.

But du programme

Améliorer la qualité de vie des *personnes* (*asthmatiques*, *diabétiques*, *insuffisantes cardiaques*, *trachéotomisées*, *etc.*) et réduire la morbidité associée à cette maladie en favorisant l'autosoin.

Les comportements prioritaires réfèrent aux objectifs généraux du programme.

Rendre la personne atteinte *de* (*asthme*, *diabète*, *insuffisante cardiaque*, *trachéotomisées*, *etc.*) *apte à*… *ou* Favoriser chez la personne…

1. L'observance à la médication prescrite.
2. L'utilisation adéquate de… (*inhalateurs*, *glucomètre*, *appareil à succion*, *etc.*).
3. La reconnaissance ou la surveillance des signes et symptômes de détérioration.
4. L'application d'un plan d'action lors d'apparition de ses signes et symptômes.
5. La pratique régulière de l'activité physique.
6. Etc.

Objectifs spécifiques

À la fin du programme (*quand*), la personne *asthmatique*, *diabétique*, *insuffisante cardiaque*, *trachéotomisée* et ses proches (*qui*) seront capables de :

– à partir d'un dessin (*comment*), nommer (*fait quoi*) les deux principaux facteurs inflammatoires (*combien*) (*objectif cognitif*);
– reproduire ou démontrer (*fait quoi*) les cinq étapes de la technique d'injection d'insuline sous-cutanée (*combien*) (*objectif psychomoteur*);
– exécuter le lavage des mains (*fait quoi*) selon les techniques décrites dans le guide (*comment*) (*objectif psychomoteur*);
– lors d'une discussion de groupe (*comment*), parler de ses intentions de restreindre son apport liquidien quotidien (*fait quoi*) (*objectif affectif*);
– verbaliser leurs préoccupations concernant les soins de trachéotomie à la maison (*fait quoi*) (*objectif affectif*).

3.2 Application du programme

3.2.1 *Enseignement individuel et enseignement de groupe*

L'enseignement individuel

Avantages :

- permet d'individualiser et de personnaliser l'enseignement;
- respecte plus la condition psychologique et physique de l'usager.

Désavantages :

- coûteux (un intervenant, un usager).

L'enseignement de groupe

Avantages :

- est plus économique puisqu'il permet d'enseigner à quelques personnes en même temps;
- permet à l'usager de réaliser qu'il n'est pas seul à vivre son problème de santé;
- facilite le développement de certaines attitudes;
- permet l'échange entre des personnes vivant le même problème de santé.

Désavantages :

- se limite à un nombre restreint de personnes (6 à 8);
- nécessite des habiletés d'animation de la part de l'enseignant;
- ne permet que l'apprentissage d'objectifs cognitifs de bas niveau tel que l'acquisition de connaissances si l'exposé formel est uniquement utilisé. Aussi, il est conseillé d'utiliser plusieurs méthodes éducatives lors de l'enseignement de groupe afin de favoriser l'adoption ou le maintien de comportements de santé; ex. : l'exposé interactif, la discussion de groupe et la mise en situation.

3.2.2 *Méthodes éducatives en fonction des domaines et niveaux d'apprentissage*

L'exposé formel ou magistral s'adresse généralement à un groupe. L'enseignant communique son savoir et son expérience. L'auditoire est généralement passif. Cette méthode permet l'atteinte d'objectifs cognitifs de niveaux simples (acquisition et compréhension).

L'exposé interactif s'utilise individuellement ou en petit groupe. L'enseignement individuel est une situation très favorable à l'exposé interactif. C'est un entretien qui s'apparente à la conversation avec alternance de questions et de réponses de part et d'autre. L'apprenant est donc actif dans l'apprentissage. Cette méthode permet d'atteindre des objectifs cognitifs et affectifs de différents niveaux.

La discussion de groupe est un échange de propos entre les apprenants sur un sujet donné ou sur la réalisation d'une tâche pendant un temps déterminé. Cet échange se fait sous la supervision de l'enseignant. Cette méthode permet d'atteindre des objectifs cognitifs et affectifs de différents niveaux.

La démonstration et la pratique permet l'atteinte des objectifs psychomoteurs de tous les niveaux. C'est l'exécution devant les apprenants de gestes ou de techniques suivis de la mise en pratique sous observation.

La mise en situation ou situation concrète à résoudre désigne une situation complexe mettant en cause des événements critiques. Exemple : la mise en situation d'une détérioration de l'asthme en demandant à la personne ce qu'elle doit faire. La mise en situation est préparée par l'enseignant afin de permettre soit l'application de connaissances acquises, soit l'analyse de certains comportements ou soit la capacité de la personne à prendre des décisions adéquates. Cette méthode vise les objectifs des domaines cognitif et affectif de haut niveau.

Considérations guidant le choix des méthodes éducatives (*adapté de* Hagan *dans* Boulet, 1997, *page* 205)

1. Les méthodes éducatives qui font appel à une participation active de l'apprenant (ex. : une discussion, une mise en situation) favorisent l'atteinte d'objectifs (cognitifs, affectifs ou psychomoteurs) plus durables et de niveaux taxonomiques plus élevés.
2. Les recherches ont démontré que toutes les méthodes éducatives sont équivalentes lorsqu'il s'agit de faire atteindre les objectifs simples tels que l'acquisition et la compréhension des connaissances. Donc, il est préférable d'utiliser des méthodes simples comme l'exposé pour faire acquérir des connaissances.
3. Les méthodes centrées sur la personne, c'est-à-dire qui laissent des initiatives à l'apprenant, permettent d'intervenir à partir de ce qu'il sait déjà, de lui faire faire des liens avec son vécu et de stimuler sa motivation à apprendre. Ces méthodes permettent à l'apprenant de s'approprier à sa façon ce qu'il est en train d'apprendre.
4. Les recherches en éducation démontrent que nous nous souvenons de :
   - 10 % de ce que nous lisons;
   - 20 % de ce que nous entendons;
   - 30 % de ce que nous voyons;
   - 50 % de ce que nous voyons et entendons à la fois;
   - 80 % de ce que nous disons;
   - 90 % de ce que nous disons et faisons à la fois.
5. Les mises en situation qui ressemblent le plus aux situations réelles auxquelles la personne aura à faire face ont plus de chances de retenir et de stimuler la motivation.

En résumé, on remarque que plus la personne est active, plus elle apprend. La coupure nette se fait à 80 %, quand nous disons ou faisons, nous devenons actifs dans l'apprentissage.

3.2.3 *Outils éducatifs : critères de qualité et d'utilisation*

Les outils d'enseignement suscitent l'intérêt, favorisent les apprentissages et permettent de fournir une rétroaction. À titre d'exemple, l'enseignante peut utiliser une illustration pour expliquer comment agit la médication, puis à l'aide de cette illustration, expliquer le rôle de la médication; pour enfin, demander à la personne de faire un résumé du rôle de la médication à l'aide de la même illustration. **Cependant, il faut noter qu'un outil seul, aussi attrayant soit-il, a peu d'effets sur l'apprentissage en soi. Ce qui est important, c'est l'usage qui en est fait par l'enseignante.**

Tout outil d'enseignement devrait être évalué et testé avant leur utilisation.

Les outils véhiculent un contenu qui doit être :

- **simple** et accessible (adapté);
- éducatif et attrayant;
- précis et **relié aux objectifs**.

Il est préférable de prévoir plusieurs outils d'apprentissage :

- pour répondre aux différents styles d'apprentissage;
- pour maintenir l'intérêt;
- parce que le potentiel de chaque outil est diminué s'il est utilisé seul.

Les principaux outils utilisés en centre hospitalier sont :

- le document écrit;
- le document vidéo;
- les illustrations, l'affiche, la photographie,…;
- les fiches à remplir;
- le modèle réduit;
- les échantillons des médicaments;
- et plus récemment, les références à des sites Internet.

L'**annexe 9** présente les caractéristiques de chacun de ces outils et décrit le contexte dans lequel ils sont appropriés.

Critères de qualité de la documentation écrite

La documentation écrite est très utilisée en éducation pour la santé. Pourtant, tout ce qui est imprimé n'est pas forcément de bonne qualité (contenu, niveau de langage, pertinence…).

Il est important que les concepteurs de programmes lisent et analysent le contenu de la documentation remise. Les contenus doivent être à jour et pertinents.

On ne doit pas remettre de façon systématique de la documentation sans d'abord identifier l'intérêt de la personne à en recevoir. Certaines personnes n'aiment pas lire et d'autres n'en ont pas la capacité. Près de 25 % de la population canadienne est illettrée fonctionnelle. Cela signifie que ces personnes ont des habiletés de lecture et d'écriture inférieures à une quatrième année scolaire. En général, pour connaître la capacité de lecture d'une personne, il faut soustraire trois à cinq ans à la dernière année scolaire complétée. **Donc, le concepteur du programme doit s'assurer que les documents remis sont à la portée de la clientèle.**

Rappelons que nous ne retenons que 10 % de ce que nous lisons. Cette capacité augmente considérablement (50 %) lorsqu'en plus nous voyons et entendons l'élément enseigné. Cela met en évidence l'importance de souligner ou de cocher les points importants à retenir dans la documentation remise.

Il existe différents tests afin de vérifier la lisibilité d'un document écrit. Les tests de lisibilité permettent de vérifier si les phrases ou les mots sont trop longs. Il existe une quarantaine de tests de lisibilité. Le comité d'enseignement aux usagers (CEU) a opté pour le test I*ndice de lisibilité* SMOG (S*imple* M*easure of* G*obbledygook*). Ce test doit être utilisé seulement à titre indicatif. Il faut tenir compte d'autres facteurs afin de déterminer le niveau de lisibilité d'un document, tels la présentation du document, sa mise en page, le sujet traité, etc. De plus, les tests de lisibilité ne tiennent pas compte des différences linguistiques et culturelles. Par exemple, la lisibilité des textes en français pose des problèmes particuliers en raison, entre autres, de la prononciation ou non du e muet (Association canadienne de santé publique, 2002).

La norme la plus communément acceptée est de viser le niveau de lecture des élèves de 6e année. Compte tenu des caractéristiques socio-économiques de la clientèle desservie à l'Institut, le CEU suggère un niveau de lecture d'une 10e année ou moins.

L'**annexe 10** décrit la procédure utilisée pour déterminer le niveau de vocabulaire à l'aide du test SMOG.

On peut également utiliser le calculateur de lisibilité SMOG disponible sur Internet à l'adresse suivante : **http://webpages.charter.net/ghal/SMOG**. Ce calculateur peut analyser l'ensemble du texte.

Critères de qualité d'élaboration ou d'évaluation de la documentation écrite

Voici sous forme de tableaux quelques règles à respecter lors de la réalisation d'un document écrit qui s'adresse aux usagers dans un but éducatif. Vous trouverez à l'**annexe 4**, la *Grille d'évaluation des outils d'enseignement écrits* utilisée par le CEU pour évaluer les documents écrits.

DOCUMENTATION ÉCRITE	
	Exemples
La qualité du contenu et de l'apprentissage	
• Vérifier et faire vérifier la justesse et la pertinence du contenu. • Commencer par une introduction qui décrit l'objet du document. • Éviter le jargon médical. Définir les termes médicaux utilisés ou insérer un glossaire. • Écrire une idée par paragraphe. Avoir une séquence logique dans l'organisation de l'information. • Avoir un résultat de SMOG ≤ 10e année • Écrire l'essentiel, le plus utile et le plus complet possible. • Expliquer les concepts à l'aide d'exemples. • Résumer les points importants.	L'asthme est une maladie inflammatoire des bronches. Ce qui veut dire que l'intérieur de la bronche est rouge et enflé. Utiliser le calculateur de lisibilité SMOG disponible sur internet à l'adresse suivante : **http://webpages.charter.net/ghal/SMOG ou voir l'annexe 10.**
Les qualités techniques	
• S'adresser de préférence à l'usager. Éviter les termes clients, usagers, patients. • Faire des titres et des sous-titres. • Utiliser des : o paragraphes courts (4-5 phrases); o phrases d'une dizaine de mots ou moins; o mots de 3 syllabes et moins. • Utiliser des dessins, des photos ou des graphiques. Les placer près du texte relié à ceux-ci.	Nous, vous

DOCUMENTATION ÉCRITE	
	Exemples
• Utiliser des caractères différents : o gras pour les titres et les sous-titres; o italique pour une touche d'humour ou pour référer à un titre; o souligné ou encadré pour les idées sur lesquelles on veut mettre de l'emphase.	**Gras** *Italique* Souligné Encadré
• Choisir une couleur de papier contrastante avec le caractère d'écriture, exemples : encre noire avec papier blanc, ivoire ou tan.	On doit éviter d'utiliser une couleur d'encre non contrastante, ex. : encre blanche sur papier bleu pâle.
La *présentation*	
• Habituellement, une feuille de papier 81/2 X 11 ou 8 1/2 X 14 pliée en deux, trois ou quatre est utilisée. Si l'information est plus importante, faire une petite brochure.	
• Le papier glacé peut rendre la lecture difficile avec la réflexion de la lumière. Le papier fini mat est plus facile à lire.	
• Éviter d'utiliser des phrases écrites en MAJUSCULES qui augmentent la difficulté à lire.	LA LECTURE EST DIMINUÉE DE 10 À 20 % LORSQUE LES PHRASES SONT ÉCRITES EN MAJUSCULES.
• Éviter les abréviations et les acronymes	DEP, BD, etc.
• Faire attention à la construction des phrases et à l'orthographe.	Des mots mal orthographiés, des erreurs de frappes ou des taches d'encre peuvent miner la crédibilité du document.
• Favoriser les espaces blancs pour reposer l'œil en : – ne justifiant pas le texte; – faisant des listes lorsque possible; – incluant des espaces entre les lignes, les paragraphes et les colonnes.	Nous avons ici un texte justifié. Tandis qu'ici nous avons un texte non justifié sur la droite. Nous remarquons des espaces égaux entre les mots et, des espaces blancs à droite. Faire une liste comme illustrée dans la colonne de gauche et laisser des espaces entre les paragraphes reposent l'oeil.
• Utiliser un caractère facile à lire, éviter les caractères d'imprimerie condensés (avec empattement) ou sérifs (avec des petites pattes), ex. : – SÉRIF en Times New Roman ou en Arial.	Les caractères Times New Roman ou Arial sont plus faciles à lire. `Voici maintenant ce que donne Courrier à 10 points. Il est un peu plus condensé.`
• Écrire à 12 ou 14 points.	Ici Arial à 12 points. Et maintenant Times New Roman à 14 points.

DOCUMENTATION ÉCRITE	
	Exemples
• Formats de présentation	
– Le format narratif donne les informations en de courts paragraphes.	C'est la forme habituellement utilisée.
– Le format question-réponse commence par une question que l'auteur répond par la suite. Cela donne au lecteur le choix de lire l'information sur les questions qui le concernent.	**Q :** Qu'est-ce que l'asthme? **R :** L'asthme est une maladie...
– Le format témoignage : l'auteur décrit une expérience en des termes personnels. Le lecteur peut ainsi réaliser qu'il n'est pas le seul à vivre telle ou telle expérience.	J'ai normalement de la difficulté à me rappeler d'utiliser régulièrement ma médication préventive. Aussi, maintenant je place mon médicament près de ma brosse à dents et je ne l'oublie plus.

3.2.4 *Habiletés d'enseignement*

Les habiletés d'enseignement peuvent être subdivisées en trois niveaux soit les habiletés à planifier l'enseignement, les habiletés à transmettre efficacement l'information en respectant les phases de l'apprentissage et enfin les habiletés à établir une relation interpersonnelle.

Le cadre de référence utilisé pour la planification de l'enseignement est le modèle PRECEDE de Green et Kreuter (1991) déjà décrit dans la première section de ce guide. Les habiletés d'enseignement s'inspirent des principes fondamentaux de l'apprentissage selon une approche cognitiviste et décrits par Gagné (1976) et Brien (1992). Enfin, les habiletés relationnelles découlent des principes d'une approche humaniste tels que décrits par Rogers (1973) et Knowles (1990).

Habiletés à planifier l'enseignement auprès de la personne/famille

- Vérifier les attentes en regard de l'enseignement (Que veut-elle savoir?).
- Évaluer sommairement ce qu'elle connaît et fait en regard des comportements de santé à acquérir (Connus? Inconnus? Adéquats? Inadéquats?).
- Proposer par la suite les priorités d'enseignement.
- En cours d'entrevue, questionner sur les connaissances, CROYANCES, attitudes et la capacité à appliquer les recommandations.
- Adapter l'enseignement selon les informations recueillies.

Habiletés à transmettre efficacement l'information en respectant les phases de l'apprentissage selon une vision cognitiviste	
Habiletés	**Explications**
Phase de motivation	*Présenter le plan d'enseignement en début d'entrevue.*
• Donner du sens à l'enseignement en expliquant comment cette information aidera la personne à résoudre ou améliorer son problème de santé.	*Exemple : Mon nom est …, je suis….* *L'objet de la rencontre est de répondre aux questions que vous vous posez sur … et de vous donner les renseignements et les moyens de maîtriser cette maladie. Pour ceci, il faut agir sur : énumérer les objectifs généraux.*
• Donner une structure à l'entrevue en énonçant les objectifs au fur et à mesure ou en faisant un résumé occasionnel sur ce qui vient d'être enseigné.	*Quand on aborde un sujet, il faut annoncer à la personne pourquoi on va lui enseigner ce point et lui dire comment cela va l'aider. Exemple : Je vais vous expliquer ce qui ce passe dans vos artères. Cela va vous aider à comprendre pourquoi ce médicament est si important. Et ce, au fur et à mesure qu'on passe d'un sujet à l'autre.*
• Répondre promptement aux questions de la personne/famille.	*Si la personne a des questions, il faut d'abord commencer par y répondre. Elle sera plus encline à maintenir son attention pour la suite de l'enseignement.*
Phase d'acquisition	
• Relier l'information donnée à ce que la personne/famille sait ou fait normalement et à ses intérêts.	*Questionner la personne pour qu'elle soit activement impliquée dans l'enseignement.*
• Enseigner de façon logique et graduelle, en utilisant des termes faciles à comprendre et en étant bref dans ses explications. Mettre l'emphase sur les points importants.	*Ce point est lié à l'établissement des priorités. Ne perdez jamais de vue qu'on ne retient qu'une partie de l'enseignement reçu. Maintenez-vous à l'essentiel. Donnez les messages clefs, ceux qui ont du poids.*
• Varier les méthodes et les outils d'enseignement.	*Permet de maintenir l'attention.*
• Donner des exercices à faire afin de favoriser la rétention et le transfert de l'apprentissage.	*Exemples de travail autonome à donner : remplir un agenda des symptômes, pratiquer une technique, prendre sa médication pendant un temps X, parler avec le conjoint au sujet du tabac, noter les aliments ingérés pendant 2 semaines,…*
Phase de performance	
• Féliciter la personne pour ce qu'elle connaît, a appris, a fait ou est prête à faire.	*Donner un feed-back constructif et renforcer les comportements adéquats.*
• Évaluer l'atteinte des objectifs en cours ou en fin d'entrevue i.e. ce que la personne a compris et son engagement à respecter le plan de traitement. • Rétroagir en clarifiant les points mal compris ou en félicitant les acquis.	*Comment savoir si la personne a compris quelque chose, si elle est prête à appliquer la recommandation si on ne lui demande pas?* ***En cours d'entrevue ou à la fin, demander à la personne de vous faire un résumé des points importants qu'elle a retenus et confirmer avec elle les recommandations négociées qu'elle appliquera.***

Habiletés à établir une relation interpersonnelle selon une approche humaniste.	
Habiletés	**Explications**
• Respecter l'usager. Démonstration par mots et par gestes que l'attention est centrée sur la personne, que l'usager et sa famille sont valorisés comme personnes et comme membres de l'équipe, démonstration de compréhension envers les sentiments et les comportements exprimés.	*Rester neutre lors des recommandations.* *Le vouvoiement est une marque de respect apprécié par l'adulte.* *Ne jamais discréditer un autre professionnel de la santé même s'il semble y avoir erreur. Cela ne fait que discréditer l'enseignante.* *La personne est responsable de ses choix et de ses décisions, il faut donc respecter ces derniers. Cependant, nous pouvons démontrer notre inquiétude face à la décision et aux choix de la personne.*
• Laisser la personne s'exprimer et l'encourager à exprimer ses sentiments et ses émotions	*Faire un rappel de ce que la personne dit. Utiliser les silences pour laisser à la personne le temps de répondre ou de réfléchir.*
• Créer un climat chaleureux. Utiliser des mouvements et des expressions faciales pour renforcer le contenu verbal et créer un climat émotionnel désiré. Prendre des moyens pour ne pas être dérangés durant l'enseignement.	*Parler de façon expressive (varier le ton de la voix, faire des gestes,...).* *L'écoute active est la prémisse à la relation d'aide. L'éducation pour la santé est une forme de relation d'aide.*
• Favoriser un climat de confiance. Donner des renseignements conformes aux connaissances actuelles.	*Si l'enseignante n'est pas certaine du renseignement, elle avise la personne qu'elle se renseignera et lui donnera la réponse plus tard.*
• Négocier le plan de traitement avec la personne/famille en l'aidant à trouver des moyens simples et efficaces d'atteindre les objectifs.	*Demander à la personne de proposer des solutions plutôt que de suggérer des mesures. Négocier avec la personne ce qu'elle pourrait faire compte tenu de sa condition financière, familiale et du soutien social dont elle dispose.*

3.2.5 DURÉE DE L'ENSEIGNEMENT

La systématisation et la structure d'un programme d'enseignement procurent de nombreux avantages. Lorsque le nombre d'étapes et la durée de chacune sont connus, il est entre autres possible de déterminer le temps nécessaire auprès de l'usager pour faire l'enseignement. Cela facilite la planification des soins requis et l'organisation du travail. Une séance d'enseignement comportant l'enseignement d'un ou plusieurs objectifs ne devrait pas dépasser 30 minutes (Bastable, 2006). Dans le contexte d'une pratique normale dans les unités de soins, un enseignement morcelé en courtes séances de 3 à 5 minutes est plus réaliste qu'un enseignement continu de plusieurs minutes (Lorig, 2001).

CHAPITRE 4

Évaluation du programme

L'évaluation de programme comporte sept niveaux et plusieurs étapes (Fortin et Ridde, 2005). En effet, on y distingue l'évaluation de besoins (raison d'être du programme, son but), l'évaluation de la pertinence (la réponse des objectifs et activités aux besoins des usagers), l'évaluation des processus (fonctionnement du programme et facteurs influençant sa mise en œuvre), l'évaluation de l'efficacité (atteinte des objectifs et de ses effets à court et moyen terme), l'évaluation de l'efficience (relation entre les coûts et les effets) et l'évaluation de l'impact (effets à long terme sur la population).

Pour répondre aux besoins de notre milieu, l'évaluation du programme d'enseignement portera sur trois aspects soit l'évaluation des besoins et de la pertinence, l'évaluation du processus et l'évaluation de son efficacité à court terme. L'évaluation de l'efficacité à moyen terme peut se faire, mais demande des ressources plus grandes et l'aide de personnes expérimentées en recherche et évaluation.

Les étapes qui suivent sont importantes car elles permettent de faire les ajustements nécessaires afin d'améliorer le programme, les outils d'enseignement et d'évaluer les ressources. Elles permettent aussi d'améliorer nos connaissances en matière d'enseignement.

4.1 Évaluation des besoins et de la pertinence

Le comité d'enseignement aux usagers approuve la validité et l'applicabilité du programme d'enseignement avant son implantation par la D*emande d'élaboration d'un programme et d'un outil d'enseignement* (**annexe 2**) et par la G*rille d'évaluation d'un programme d'enseignement* (**annexe 3**).

4.2 Évaluation du processus

L'évaluation du processus permet de mesurer les écarts entre l'application concrète du programme et sa conception originale. De plus, elle s'intéresse au fonctionnement et aux facteurs qui influencent sa mise en œuvre. Voici quelques questions pour ce type d'évaluation adapté de Fortin et Ridde (2005).

- À quel point le programme est implanté tel que prévu?
- Qui bénéficie du programme (statistiques, nombre et caractéristiques des participants)?
- Quelles sont les activités auxquelles les usagers prennent part?
- Comment les ressources allouées au programme sont-elles gérées (le temps, le budget, le personnel, le processus établi)?
- Les participants sont-ils satisfaits? Reçoivent-ils des services de qualité?
- Le personnel est-il satisfait?
- Quelles sont les conditions facilitantes ou contraignantes à l'application du programme (stratégies utilisées pour atteindre le but, la disponibilité des outils, etc.)?

Afin de répondre à ces questions, on a recours à divers indicateurs.

Par exemple :

- la tenue de statistiques sur le nombre d'usagers inscrits au programme, les caractéristiques de la clientèle inscrite, les objectifs enseignés,…);
- l'analyse de feuilles de route remplies;
- les commentaires des principaux intervenants sur le processus établi, la disponibilité des outils et la satisfaction du personnel;
- le temps nécessaire pour dispenser l'enseignement conformément à la planification;
- la satisfaction des usagers peut être documentée à l'aide d'un questionnaire. À cet effet, les intervenants de l'Institut peuvent avoir recours au logiciel Androfact ou à la *Grille d'évaluation de la satisfaction des usagers au regard de l'enseignement reçu* présentée à l'**annexe 11**.

Par la suite, le processus pourra être ajusté en fonction des résultats obtenus.

4.3 Évaluation de l'efficacité de l'enseignement à court terme

L'évaluation de l'efficacité à court terme se limite à l'atteinte des objectifs d'apprentissage chez l'usager. Lors de l'enseignement, l'intervenant utilise les moyens et critères d'évaluation déterminés dans le plan d'enseignement et inscrit les résultats sur la feuille de route.

Une revue des feuilles de route remplies permet de faire la compilation de l'atteinte des objectifs et peut aider à dépister l'efficacité du programme.

Les principaux moyens utilisés afin d'évaluer l'atteinte des objectifs d'apprentissage sont :

- l'observation du comportement, de la pratique d'une technique;
- le journal de bord, (carnet, fiche);
- le questionnaire oral ou écrit.

Si l'objectif spécifique n'est pas atteint, l'intervenant doit se poser les questions suivantes (adapté du modèle PRECEDE, Green et Kreuter, 1991).

1. L'usager est-il motivé? La motivation repose sur les croyances et les attitudes de l'usager. A-t-il l'impression que cela en vaut la peine? Croit-il en l'efficacité du comportement? En sa capacité d'adopter ce comportement? Le valorise-t-il? Est-il inquiet face à la médication ou au traitement?

2. L'usager possède-t-il les connaissances nécessaires? Évaluer les connaissances acquises par la personne.

3. Rencontre-t-il des barrières? Ex. : compréhension difficile, manque d'habiletés, problèmes financiers, problèmes d'horaire.

4. A-t-il des sources de valorisation et d'aide pour maintenir le comportement visé? Attentes réalistes, soutien du médecin ou autre professionnel de la santé, soutien de l'entourage.

4.4 Évaluation de l'efficacité de l'enseignement à moyen terme

Les buts et objectifs généraux du programme sont-ils atteints?

Par exemple, y a-t-il diminution de :

- taux d'admissions/réadmissions?
- retours imprévus à l'urgence?
- complications?
- durée moyenne de séjour?
- plaintes?

La révision du programme d'enseignement devrait être effectuée :

- si les caractéristiques de la clientèle-cible changent;
- si les résultats sont négatifs dans l'un ou l'autre des aspects de l'évaluation : satisfaction de l'usager ou du personnel, objectifs d'apprentissage jamais atteints,...

Par ailleurs, on devrait prévoir une révision à un intervalle maximal de 5 ans.

Élaboration d'un programme d'enseignement

Résumé

- ☐ Créer un groupe de travail et nommer un responsable.
- ☐ Remplir le formulaire *Demande d'élaboration d'un programme ou d'un outil d'enseignement* (Annexe 2). Le CEU assignera une personne-ressource pour soutenir l'équipe.
- ☐ Consulter les programmes d'enseignement développés en 2007. Ces derniers peuvent servir de modèles puisqu'ils devraient respecter les standards de qualité décrits dans ce guide.
- ☐ Suivre les étapes décrites dans la *Grille d'évaluation d'un programme d'enseignement* (Annexe 3).

  En particulier

  - Décrire la problématique, la clientèle et les besoins d'apprentissage :
    - consulter les écrits, les programmes et outils existants, les personnes atteintes du problème de santé et les professionnels de la santé spécialisés dans le domaine.
  - Développer le ou les plans d'enseignement :
    - définir le but, les objectifs généraux et spécifiques, les éléments du contenu;
    - choisir les méthodes et outils éducatifs;
    - planifier les modes d'évaluation de l'atteinte des objectifs d'apprentissage (efficacité à court terme).
  - Développer la feuille de route.
  - Planifier l'évaluation du processus.
- ☐ Faire valider le programme d'enseignement auprès de 3 experts cliniques à l'aide de la *Grille d'évaluation d'un programme d'enseignement* (Annexe 3).
- ☐ Acheminer au CEU les grilles d'évaluation en même temps que le programme d'enseignement.

Élaboration d'un outil d'enseignement

Résumé

- ☐ Créer un groupe de travail et nommer un responsable.
- ☐ Remplir le formulaire *Demande d'élaboration d'un programme ou d'un outil d'enseignement* (Annexe 2). Le CEU assignera une personne-ressource pour soutenir l'équipe.
- ☐ S'assurer que l'outil est relié directement aux objectifs d'apprentissage décrits dans le programme d'enseignement.
- ☐ Respecter les critères de qualité décrits dans ce guide dans le développement de l'outil.
- ☐ Faire valider l'outil auprès de 3 experts cliniques à l'aide des grilles d'évaluation développées à cet effet : outils d'enseignement écrits (annexe 4), document vidéo (annexe 5).
- ☐ Évaluer la satisfaction de la clientèle au regard de l'outil éducatif auprès de 3 usagers à l'aide de la grille fournie par le CEU : outils éducatifs écrits (annexe 6), document vidéo (annexe 7)
- ☐ Acheminer au CEU les grilles d'évaluation en même temps que l'outil d'enseignement.

Conclusion

L'enseignement aux usagers est une obligation et un devoir de la part de tous les professionnels. L'utilisation de programmes d'enseignement structurés permet d'assurer une continuité et une cohérence des interventions. Cependant, les contenus doivent être adaptés en fonction des besoins d'apprentissage de chaque personne ou famille.

Concevoir un programme ou un outil d'enseignement n'est pas une activité simple qui se fait rapidement. Il est important de bien planifier cette démarche et de s'entourer d'une équipe constituée de personnes connaissant bien le sujet dont une personne-ressource désignée par le CEU.

La planification, l'application et l'évaluation sont les étapes à franchir pour élaborer un programme d'enseignement. Toutes sont importantes.

Le présent guide a pour but de vous aider à élaborer vos programmes ou outils d'enseignement en vous fournissant les outils nécessaires à sa réussite. Nous vous encourageons vivement à lire ce guide et à utiliser les annexes correspondantes. Vous serez ainsi mieux outillé pour contribuer de façon significative au développement de programme d'enseignement favorisant l'autonomie des usagers/familles et l'amélioration de leur qualité de vie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

American Psychological Association. (2001). P*ublication manual of the American Psychological Association*. Washington. D.C. : American Psychological Association.

Association canadienne de santé publique (2002). D*e bons remèdes pour les aînés : lignes directrices sur la rédaction des documents et la conception des emballages des médicaments sur ordonnance*. Ottawa. Récupéré en janvier 2007 de http : //www.nlhp.cpha.ca.

Bastable, S.B. (2006). E*ssentials of Patient Education*. Mississauga : Jones and Bartlett Publishers.

Boulet LP (1997). L'*asthme - Notions de base - Évaluation - Intervention*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.

Boutin, H., Leclère, H. & Hagan, L. (2002). É*duquer à maîtriser l'asthme : aspects théoriques : Manuel de formation du cours* SIN- 20958. 5e ed. Manuscrit inédit. Université Laval.

Brien, R. (1981). D*esign pédagogique. Introduction à l'approche de Gagné et Briggs*. Sainte-Foy : Les Éditions Saint-Yves Inc.

Dubé, N., Maltais, F. & Paquet, C. (1995). F*élicitations pour votre beau programme! Guide pour bâtir un projet ou un programme*. Direction de la Santé Publique Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Fortin J-P. & Ridde V. (2005). P*lanification et évaluation d'un programme de santé, Notes de cours*. Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval, janvier.

Gagné, R.M. (1976). L*es principes fondamentaux de l'apprentissage*. (Trad. : R.Brien et R. Paquin). Laval : Les Éditions HWR ltée.

Green L.W. & Kreuter, M.W. (1999). H*ealth promotion planning - An educational and ecological approach*. Second Edition. Mayfield Publishing Company.

Knowles, M. (1990). L'A*pprenant Adulte - Vers un Nouvel Art de la Formation*. Paris : Les Éditions d'Organisation.

Lafrance, M. (1995). L*a conception d'un programme d'enseignement à la clientèle. Le guide de l'apprenant. Colloque* « L'*enseignement à la clientèle : de la théorie à la pratique* ». Septembre. Hôpital de l'Enfant-Jésus.

Legendre, R. (1993). D*ictionnaire actuel de l'éducation*. 2e ed. Montréal : Guérin, Éditeur limitée.

Lorig, K. (2001). P*atient Education. A Practical Approach*. 3e ed. Thousand Oaks : Sage Publications.

Unité de nursing familial, Denyse-Latourelle, G*énographe*. Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 2000.

Rogers. C.R. (1973). L*iberté pour apprendre*? Paris : Dunod.

Wright L.M. & Leahey M. (2001) L'*infirmière et la famille – Guide d'évaluation et d'intervention*. 2e ed. Éditions du Renouveau Pédagogique Inc., Saint-Laurent : Québec.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Références utiles provenant de Boutin et al, 2002

Barber L, Belton A, Simpson N. (1993). *Teach to teach*. ISBN 0-9698119-0-X.

Boulet LP (1997). *L'asthme - Notions de base - Évaluation - Intervention*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université Laval.

Chamberland, G., Lavoie, L. & Marquis, D. (1995). 20 *formules pédagogiques*. Sainte-Foy : Les Presses de l'Université du Québec.

Côté, R. (1987). *Psychologie de l'apprentissage et enseignement. Une approche modulaire d'autoformation*. Boucherville : Gaetan Morin Éditeur.

Falvo, DR. (1994). *Effective patient education. A guide to increased compliance*. 2e ed. Aspen Publication.

Hitls, L.& Krilyk, B.J. (1991). *Write Readable Information to Educate*. Hamilton : Chedoke-McMaster Hospitals and Hamilton Civic Hospitals, Hamilton General Division.

Lorig, K. (1992). *Patient Education : A practical approach*. St-Louis, MO : Mosby Year Book.

Mager RF. (1994). *Comment définir des objectifs pédagogiques.* Paris : Dunod.

Monette M, Charrette & M, Jobin, I. (1995). *L'élaboration du programme - Planifier et évaluer son intervention*. Presses Inter Universitaires.

Pregent R. (1990). *La préparation d'un cours*. Éditions de l'École Polytechnique de Montréal.

Redman, BK. (1993). *The process of patient education*. 7th ed. Mosby.

Riopelle, L., Grondin, L. & Phaneuf, M. (1988). Soins infirmiers – Enseignement à la clientèle. Montréal : McGraw-Hile Éditeurs.

Walsh, K.C. (1991). Patient Education . Guideliness for printing patient education materiels. Plastic Surgical Nursing, 11(3), 119-125.

Whitman, N.I., Graham, B.A., Gleit, C.J. & Boyd, M.D. (1992). *Teaching in nursing practice : A professional Model* (2e ed.). Norwalk : Edition Appelton and Lange.

Autres références utiles

Capital Health Intranet (2006). *Patient/Family Education Print Material Guidelines*. 2e ed. Récupéré en juillet 2006 de http://www.cdha.nshealth.ca/patientinformation/developingPFEdMaterial.pdf.

École Polytechnique de Montréal. (2006). *Comment citer… adaptation du* STYLE APA. Bibliothèque. Récupéré en janvier 2007 de http://www.polymtl.ca/biblio/utiliser/citation-apa.

Option consommateurs et Fédération canadienne pour l'alphabétisation en français. *Écrivez clairement et simplement – Pour être lu et compris. Guide pour les rédacteurs en entreprise*. Récupéré en juillet 2006 de http://www.option-consommateurs.org/documents/principal/fr/File/alpha_oc0211.pdf.

Annexes

Hôpital Laval Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie	**Expéditeur :**	Comité d'enseignement aux usagers	**Nº :**	DSI - 017
	Destinataires :	**Infirmières-chefs, chefs de service, infirmières et professionnels de la santé**	**Émis le :**	**1999-02-02**
			Révisé le :	**2007-01-11**
	Objet :	Politique d'élaboration, de validation et de distribution des programmes et des outils d'enseignement		

PRÉAMBULE

L'information ainsi que l'enseignement aux usagers sont des activités jugées prioritaires à l'hôpital. L'utilisation d'un programme d'enseignement permet de structurer l'information transmise à l'usager. La continuité et la cohérence des interventions sont alors plus faciles à assurer par l'ensemble des intervenants. D'autre part, les outils éducatifs sont nécessaires pour supporter, compléter et renforcer l'enseignement. Plusieurs outils sont disponibles sur le marché, mais il arrive qu'ils ne puissent combler les besoins d'apprentissage de nos clientèles. Les professionnels entreprennent alors des démarches pour élaborer les outils appropriés.

La présente politique vise à préciser les démarches permettant l'élaboration et la validation des programmes d'enseignement ainsi que le développement harmonieux d'outils, pour soutenir les interventions éducatives de tous les professionnels de l'hôpital.

Programme d'enseignement : document qui reflète l'étude détaillée des besoins d'apprentissage d'une clientèle et concrétise le processus d'enseignement nécessaire à l'atteinte des objectifs d'apprentissage. Le document comprend les buts, objectifs généraux et spécifiques, un contenu organisé de façon séquentielle, les méthodes et outils éducatifs ainsi que les procédés d'évaluation.

Outil éducatif : il peut être un dépliant, un feuillet, une brochure, un livre, un document audiovisuel dont le but est de soutenir l'enseignement et favoriser l'apprentissage. Il donne de l'information sur la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le diagnostic, le traitement ou l'autosoin.

PRINCIPES

Le programme et les outils d'enseignement à développer doivent être conformes aux normes d'élaboration émises par le comité d'enseignement aux usagers (CEU) et adaptés aux besoins des clientèles de l'hôpital.

L'utilisation de l'outil devra être spécifique au programme d'enseignement aux usagers.

Le programme et les outils d'enseignement doivent correspondre aux standards de qualité décrits dans le « Guide d'élaboration d'un programme d'enseignement aux usagers » disponible sur toutes les unités de soins et services.

Objet : Politique d'élaboration, de validation et de distribution des programmes et des outils d'enseignement	**N^{o} :** DSI - 017 **Page :** 2 de 3 **Date : 99-02-02** **Révisé le : 2007-01-11**

MODALITÉS

Identification des besoins en matière de développement de programmes et d'outils d'enseignement aux usagers

Chaque professionnel en est responsable.

Démarrage d'un projet d'élaboration d'un programme et outils d'enseignement

Afin d'éviter les duplications et d'obtenir le soutien nécessaire, **les projets d'élaboration doivent être soumis au comité d'enseignement aux usagers au moyen du formulaire** « Demande d'élaboration d'un programme et d'un outil d'enseignement ». Ce document se retrouve en annexe du « Guide d'élaboration d'un programme d'enseignement aux usagers ». Une réponse est acheminée au demandeur par la présidente du CEU.

Validation des programmes et outils d'enseignement

Experts cliniques :

Les programmes ou outils élaborés doivent être transmis par le concepteur à trois experts cliniques, qui auront le mandat d'évaluer les contenus, de suggérer des modifications, de recommander au CEU l'utilisation ou non du programme ou de l'outil d'enseignement. Ces experts cliniques ne devront pas avoir collaboré à l'élaboration du programme concerné et ils devront représenter plus d'un groupe professionnel.

Les experts devront se prononcer sur la qualité et la pertinence du contenu en fonction des variables reconnues qui influencent les résultats d'apprentissage, selon les grilles d'évaluation développées.

- Grille d'évaluation d'un programme d'enseignement.
- Grille d'évaluation des outils d'enseignement écrits.
- Grille d'évaluation d'un document vidéo d'enseignement aux usagers.

Usagers :

Le concepteur doit également valider les outils développés auprès de trois usagers. Les grilles d'évaluation pour les usagers sont :

- Grille d'évaluation de la satisfaction des usagers au regard des outils éducatifs écrits;
- Grille d'évaluation de la satisfaction des usagers au regard d'un document vidéo.

Les grilles d'évaluation des experts cliniques ainsi que celles des usagers doivent être acheminées au comité en même temps que l'outil. Les grilles d'évaluation se retrouvent en annexe du « Guide d'élaboration d'un programme d'enseignement aux usagers ».

Objet : Politique d'élaboration, de validation et de distribution des programmes et des outils d'enseignement	**N^o :** DSI - 017 **Page :** 3 de 3 **Date : 99-02-02** **Révisé le : 2007-01-11**

Réalisation du projet

Responsable

Le chef ou la personne désignée du service ou de l'unité de soins où est initié le programme ou l'outil d'enseignement.

Travaux de secrétariat, photocopies, etc.

Ils devront être assumés par le service ou l'unité de soins responsable.

Droits d'auteur

Les concepteurs étudiants doivent autoriser l'hôpital à reproduire, à mettre à jour, à utiliser en tout ou en partie le programme et l'outil d'enseignement, s'il y a lieu, pour des fins d'éducation et de formation.

Pour un employé, un stagiaire et un contractuel de l'hôpital, la politique DG-005 « Transport de la propriété intellectuelle » s'applique.

Diffusion interne

Les outils qui seront utilisés par les professionnels de plusieurs services et unités de soins devront être entreposés au service des Approvisionnements et commandés selon la procédure habituelle telle que définie dans la politique DRF-1110 « Formulaires et imprimés – conception et impression ».

Les outils, d'utilisation restreinte, seront entreposés dans le service ou l'unité de soins utilisateur.

Distribution extérieure

Seuls les documents produits par un membre du personnel de l'hôpital et validés par le comité d'enseignement aux usagers peuvent être distribués à l'externe.

1. Aux professionnels et organisations d'enseignement ou autres établissements de santé : la Bibliothèque des sciences de la santé en est responsable selon les modalités prévues à la politique DEU-001 « Documentation audiovisuelle ».
2. Aux usagers : le matériel éducatif écrit est remis sans frais à tous les usagers par les professionnels qui dispensent l'enseignement. Par ailleurs, les usagers qui veulent acheter les productions audiovisuelles de l'hôpital peuvent le faire à la bibliothèque.

SUIVI

La présidente du comité d'enseignement aux usagers, en collaboration avec la bibliothécaire, est responsable de l'application de cette politique.

APPROBATION

Préparé par : Danielle Rodrigue
Présidente du comité d'enseignement aux usagers
Collaboratrice : Hélène Boutin, conseillère clinicienne en soins infirmiers

Approuvé par : Comité d'enseignement aux usagers du 11 janvier 2007

Comité de direction du _____ 2007.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC		
	DEMANDE D'ÉLABORATION D'UN PROGRAMME OU D'UN OUTIL D'ENSEIGNEMENT COMITÉ D'ENSEIGNEMENT AUX USAGERS	

Clientèle visée : _____

PROGRAMME

1. Le programme remplace un programme existant : oui ❑ non ❑

   Si oui, lequel : _____

2. Le but visé par le programme :

_____

_____

OUTIL

L'outil d'enseignement inclus dans le programme :

est à concevoir ❑ ou

remplace un outil existant ❑ lequel : _____

Format de l'outil : écrit ❑ audiovisuel ❑

autre : _____

Demandé par : _____ Unité/service : _____

Date : _____

Ce formulaire complété doit être acheminé
à la présidente du comité d'enseignement aux usagers

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

GRILLE D'ÉVALUATION
D'UN PROGRAMME D'ENSEIGNEMENT
(*Experts cliniques et membres du* CEU)

À remplir par le concepteur

Titre : _____ Année de production : _____

Évaluateur : _____ Unité/service : _____

ÉLÉMENTS DE CONTENU	Oui	Non
PLANIFICATION DU PROGRAMME		
Programme d'enseignement		
1. Problématique décrite du général au plus spécifique		
2. Caractéristiques définies de la clientèle traitée à l'Institut		
3. Références citées selon les règles de l'APA[1]		
4. But défini		
5. Objectifs généraux formulés en comportements observables		
6. Objectifs spécifiques comportant un verbe d'action et une condition de réalisation décrits dans le plan d'enseignement		
7. Critères de performance indiqués (s'il y a lieu)		
8. Plan d'enseignement comporte des objectifs		
– cognitifs		
– affectifs		
– psychomoteurs (s'il y a lieu)		
9. Objectifs de la feuille de route identiques au plan d'enseignement		
COMMENTAIRES :		
APPLICATION DU PROGRAMME		
Dans le programme :		
1. Enseignement individuel ou de groupe précisé		
2. Durée d'enseignement spécifiée		
Dans le plan d'enseignement :		
3. Éléments de contenu liés aux objectifs visés		
4. Méthodes d'enseignement liées aux objectifs et la clientèle visée		
5. Outils d'enseignement spécifiés pour chaque objectif		
COMMENTAIRES :		

SUITE PAGE SUIVANTE →

[1] APA : American Psychological Association
Site internet : http://www.apa.org ou Adaptation française http://www.polymtl.ca/biblio/utiliser/citation-apa.pdf

Annexe 3

ÉLÉMENTS DE CONTENU	Oui	Non
ÉVALUATION		
Évaluation du processus		
1. Moyens d'évaluation inscrits dans le programme d'enseignement		
Moyens utilisés :		
• tenue de statistiques sur le nombre d'usagers inscrits au programme		
• observation des feuilles de route remplies		
• commentaires des intervenants		
• questionnaire de satisfaction des usagers		
• autres moyens, spécifier :		
Évaluation de l'efficacité de l'enseignement		
2. Plan d'enseignement		
• Moyens pour atteindre chaque objectif d'apprentissage inscrits		
• Critères de l'atteinte de chaque objectif spécifié		
• Feuille de route permet de visualiser l'atteinte ou non des objectifs		
COMMENTAIRES		
Je recommande l'approbation de ce programme oui ❑ non ❑ Signature de l'expert clinique : _____ Date : _____		

SECTION RÉSERVÉE AU CEU

Approbation sans restriction :

_____

_____

_____

Approbation avec restriction. Les corrections suivantes sont suggérées :

_____

_____

_____

Non recommandé :

_____

_____

_____

Signature de la présidente et d'un membre du comité d'enseignement aux usagers qui propose et appuie la recommandation :

1. _____ 2. _____

Adopté à la réunion du :

_____

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

GRILLE D'ÉVALUATION
DES OUTILS D'ENSEIGNEMENT ÉCRITS
(*Experts cliniques et membres du* CEU)

À remplir par le concepteur

Titre : _____ Année de production : _____

Ce document écrit peut remplacer un document écrit déjà existant : _____

Évaluateur : _____ Unité/service : _____

	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5
1. Qualité du contenu					
1.1 Contenu à jour					
1.2 Contenu pertinent					
2. Qualité à favoriser l'apprentissage					
2.1 Introduction claire expliquant l'objet de l'outil					
2.2 Peu de jargon médical ou celui-ci est défini dans un glossaire					
2.3 Séquence logique dans l'organisation de l'information					
2.4 SMOG correspondant à ≤ 10e année					
2.5 Contenu limité à l'essentiel et au plus utile					
3. Qualité technique					
3.1 Texte s'adresse à l'usager (ex. : nous, vous). Termes suivants évités : clients, patients ou usagers					
3.2 Titres et sous-titres					
3.3 Phrases courtes la plupart du temps (≤ 10 mots)					
3.4 Mots ≤ à 3 syllabes la plupart du temps					
3.5 Paragraphes courts (4-5 phrases)					
3.6 Dessins ou photos en lien avec le texte					
3.7 Caractères assez gros (≥ 12 points, idéalement ≥ 14 points)					
3.8 Disposition agréable du texte (aérée, texte justifié à gauche)					
4. Qualité globale					
4.1 Outil attrayant					
4.2 Texte avec un ton positif					

Je recommande l'approbation de cet outil oui ❑ non ❑

SUITE PAGE SUIVANTE →

Points forts, points à améliorer et commentaires généraux :

Signature de l'expert clinique : _____ Date : _____

SECTION RÉSERVÉE AU CEU
Approbation sans restriction :
Approbation avec restriction. Les corrections suivantes sont suggérées :
Non recommandé :

Signature de la présidente et d'un membre du comité d'enseignement aux usagers qui propose et appuie la recommandation :

1. _____ 2. _____

Adopté à la réunion du :

_____

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

GRILLE D'ÉVALUATION
D'UN DOCUMENT VIDÉO D'ENSEIGNEMENT
AUX USAGERS
(*Experts cliniques et membres du* CEU)

À remplir par le concepteur

Titre : _____ Année de production : _____

Durée : _____

Ce document vidéo peut remplacer un document vidéo déjà existant : _____

Évaluateur : _____ Unité/service : _____

	Pas du tout d'accord				Tout à fait d'accord
	1	2	3	4	5
1. Le but et les objectifs sont précis.					
2. L'information est juste (correcte, à jour…).					
3. Le contenu se déroule logiquement et est bien organisé.					
4. L'intérêt est soutenu (pas de temps mort).					
5. Le langage est adapté à la population-cible.					
6. La qualité visuelle est excellente (couleur, définition…).					
7. Le son est audible et facilement compréhensible.					
8. La narration est adéquate.					
9. Le graphisme et les illustrations aident à la compréhension.					
10. La durée est appropriée (20 *minutes ou moins*).					
11. Le document vidéo atteint les objectifs visés.					

Je recommande l'approbation de ce vidéo oui ❑ non ❑

Un document d'accompagnement est fourni oui ❑ non ❑

Points forts, points à améliorer et commentaires généraux :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Signature de l'expert clinique : _____ Date : _____

SUITE PAGE SUIVANTE →

SECTION RÉSERVÉE AU CEU
Approbation sans restriction : _____ _____ _____
Approbation avec restriction. Les corrections suivantes sont suggérées : _____ _____ _____
Non recommandé : _____ _____ _____

Signature de la présidente et d'un membre du comité d'enseignement aux usagers qui propose et appuie la recommandation :

1. _____ 2. _____

Adopté à la réunion du :

_____

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE CARDIOLOGIE ET DE PNEUMOLOGIE DE QUÉBEC

GRILLE D'ÉVALUATION
DE LA SATISFACTION DES USAGERS
AU REGARD DES OUTILS ÉDUCATIFS ÉCRITS
(*Grille de l'usager*)

Titre : _____

Êtes-vous un usager : externe ❑ hospitalisé ❑

Faire un ✓ ou un ✗ dans la colonne qui correspond à votre impression et nous donner vos commentaires.

Merci, cela nous permettra d'améliorer notre matériel éducatif.

	TRÈS BIEN ☺	BIEN 😐	À AMÉLIORER ☹
1. Le contenu du document m'a aidé à comprendre mon problème de santé.			
2. Les illustrations m'ont aidé à comprendre.			
3. Les lettres sont assez « grosses ».			
4. J'ai eu les réponses à mes questions.			
5. J'ai appris ce que je dois faire ou savoir.			
6. J'ai compris les mots techniques.			
7. J'ai compris toutes les phrases.			

Commentaires :

_____

_____

_____

_____

_____

Date : _____

S.V.P. remettre ce document à l'infirmière ou à un autre professionnel.

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

GRILLE D'ÉVALUATION
DE LA SATISFACTION DES USAGERS
AU REGARD D'UN DOCUMENT VIDÉO
(*Grille de l'usager*)

Titre : _____

À quelle heure avez-vous regardé le document vidéo? _____ Date : _____

Êtes-vous un usager : externe ❑ hospitalisé ❑

Faire un ✓ ou un ✗ dans la colonne qui correspond à votre impression et nous donner vos commentaires.

Merci, cela nous permettra d'améliorer notre matériel éducatif.

	TRÈS BIEN ☺	BIEN 😐	À AMÉLIORER ☹
1. La durée du document vidéo était adéquate.			
2. Le contenu était clair et logique.			
3. Le document vidéo m'a aidé à comprendre mon problème de santé.			
4. J'ai eu réponses à mes questions.			
5. J'ai appris ce que je dois faire ou savoir.			
6. J'ai compris les mots techniques utilisés.			

Commentaires :

_____

_____

_____

_____

_____

S.V.P. remettre ce document à l'infirmière ou à un autre professionnel.

RÉDACTION DES RÉFÉRENCES

selon la méthode proposée par l'American Psychological Association (APA)

Règles générales pour rédiger une référence (École Polytechnique de Montréal, 2006) :

• s'il s'agit d'un livre :
le ou les auteurs (qui) – l'année de parution (quand) – le titre de l'ouvrage en italique (quoi) – l'édition – la ville de l'éditeur et le nom de l'éditeur;

• s'il s'agit d'un article :
le ou les auteurs (qui) – l'année de parution (quand) – le titre de l'article (quoi) – le titre de la revue en italique (dans quoi) – le numéro du volume, le numéro de la revue entre parenthèses puis les pages.

Exemples de rédaction

***Livre* :**

Falvo, DR. (1994). *Effective patient education*. A *guide to increased compliance*. Second Edition, Maryland : Aspen Publication.

***Chapitre d'un livre* :**

Leahey. M., & Wright, M.L. (1987). Families and life threatening illness. Dans C. Bahnson (Éd.), *The impact of life threatening in the family and the impact of the family on illness* (pp. 26-44). Pensylvania : Springhouse Corporation.

***Ressource Internet* :**

Stokes, J & Lindsay, J. (2000). Maladies chroniques au Canada. Principales causes de décès et d'hospitalisation chez les aînés canadiens. *Agence de santé publique au Canada*, Récupéré janvier 2007 de http : //www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/17-2/c_f.html.

Article de recherche

***Un auteur* :**

Robinson, C.A. (1998). Women, families, chronic illness, and nursing interventions : From burden to balance. *Journal of Family Nursing*, 4(3), 271-290.

***Deux auteurs* :**

Campbell, T.L., & Patterson, J..M. (1995). The effectiveness of family interventions in the treatment of physical illness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21(4), 545-583.

***Deux auteurs ou plus* :**

Lacasse, Y., Brooks, D., & Goldstein, R. (1999). Trends in the Epidemiology of COPD in Canada, 1980 to 1995. Chest, 116, 306-313.

***Six auteurs ou plus* :**

O'Donnell, D.E., Hernandez, P., Aaron, S., Bourbeau, J., Marciniuk, D., Hodder, R. et al. (2003). Les lignes directrices de la Société canadienne de thoracologie pour la MPOC : Un résumé des recommandations à l'intention des médecins de famille. *Canadian Respiratory Journal*. 10 (8), 1-4.

Document maison

Du plus général au plus spécifique

Direction des soins infirmiers de l'Hôpital Laval. (2006). Statistiques sur le suivi systématique de la clientèle MPOC de 1998 à 2006. Sainte-Foy, Québec.

Caractéristiques des outils d'enseignement

DOCUMENTATION ÉCRITE	
Forces	***Faiblesses***
• Le plus flexible • Le plus souvent utilisé • Très efficace pour transmettre des connaissances • Souvent le complément/renforcement/résumé de l'explication et de la discussion • Aide la mémoire à cause de la stimulation visuelle • Plus efficace avec la discussion • Est renforcé par un aide visuel • Est souvent conservé par l'usager	• Moins efficace lorsque des habiletés à acquérir sont en jeu et pour changer une attitude ou une valeur • Peut être fatigant si l'usager doit demeurer coucher à plat • L'usager doit savoir lire et être capable de voir • Demande une capacité de concentration

Comment l'utiliser?

- Vérifier les habitudes de lecture de l'usager. Aime-t-il lire? Est-il intéressé à lire le document proposé ?
- Indiquer les sections du document sur lesquelles on s'appuie pour donner l'information.
- Répondre aux questions consécutives à la lecture faite par l'usager.
- Lui demander ce qu'il pense du document et son degré d'appréciation.

Annexe 9

DOCUMENT VIDÉO (La durée idéale est de 10 à 15 minutes)	
Forces	***Faiblesses***
• Efficace quel que soit l'objectif visé : connaissances, habiletés, attitudes • Supplée, complète et renforce l'information transmise • Recrée la réalité • Clarifie les concepts et les relations • Démontre bien une procédure • Efficace chez les sujets ayant des difficultés à lire • Permet de rejoindre plus de personnes si présenté en circuit fermé • Peut être répété plusieurs fois	• Ne remplace pas la relation et doit être animé : l'objectif doit être présenté • N'est pas interactif • Difficile d'apporter des modifications au contenu

Comment l'utiliser?

- Visionner le document vidéo avant de le présenter à l'usager. Vérifier la justesse du contenu.
- Informer l'usager de l'objectif visé par le visionnement de ce document et de la durée du vidéo.
- Attirer l'attention sur les scènes importantes. Relier le vidéo au contenu du programme d'enseignement.
- Après la projection, compléter l'enseignement. Recueillir les commentaires et l'expression des sentiments de ou des usagers.
- En session de groupe, ne pas hésiter à ne présenter qu'une partie du document vidéo. Projeter, s'il y a lieu, les séquences importantes; ne pas hésiter à interrompre la projection pour faire des commentaires à partir de l'image fixe.

GRAPHIQUES, AFFICHES, PHOTOS, MODÈLES RÉDUITS,...	
Forces	***Faiblesses***
• Utiles pour expliquer les concepts et les relations difficiles à comprendre • Résument souvent les points importants • Utilisés beaucoup pour expliquer une chirurgie • Excellents aide-mémoire pour apprendre à exécuter une technique • Attirent toujours l'attention • Maintiennent l'intérêt • Renforcent le matériel écrit • Peuvent avoir un impact émotionnel et aider aux changements de comportements • Alternatives aux mots (dans la communication)	• Sont facilement ambigus

Comment l'utiliser?

- Vérifier s'ils sont attrayants, clairs et concis i.e. qu'ils possèdent :
  - o une dimension suffisante;
  - o une écriture ou des dessins de couleur contrastant avec le fond;
  - o un lettrage assez gros pour être lu à distance;
  - o un message court et clair.

Annexe 9

SITES INTERNET,....	
Forces	***Faiblesses***
• Potentiel énorme de trouver de l'information • Efficient en temps	• Qualité des sites varie • Information peut être biaisée, inexacte et non à jour

Comment l'utiliser?

- o Agir à titre de facilitateur en aidant la personne à évaluer l'information trouvée (exactitude de l'information, la crédibilité des auteurs, la mise à jour régulière du site).
- o Vérifier l'exactitude des informations transmises dans le site (ses sources d'information).
- o Vérifier la compréhension par l'usager de l'information trouvée. Rectifier au besoin.
- o Proposer des sites reconnus et valorisés par l'équipe de soins.

Indice de lisibilité SMOG (Simple Measure of Gobbledygook)

S*i le document a* 30 *phrases et plus* :

1. Choisir dix phrases au début du dépliant, dix au milieu et dix à la fin (±30 phrases). Une phrase est un ensemble de mots qui finit par un point, un point d'interrogation ou un point d'exclamation.
2. Compter chacun des mots ayant trois syllabes ou plus. Compter même le mot qui est répété.
   - Les mots composés comptent pour un mot.
   - Pour les nombres, comptez le nombre de syllabes pour chaque chiffre du nombre (517 = cinq cent dix-sept : 4).
   - Inclure les noms propres dans le décompte.
   - Si une phrase comprend un « deux points », éliminer cette phrase ou la compter en 2 phrases.
3. Se référer à la table de valeurs du SMOG située à la page suivante.

S*i le dépliant a moins de* 30 *phrases* :

1. Compter le nombre de phrases.
2. Utiliser la table de conversion pour obtenir le nombre correspondant au nombre de phrases.
3. Compter le nombre de mots de 3 syllabes et plus.
4. Multiplier le chiffre obtenu à l'étape précédente par le nombre de la table de conversion (étape 2).
5. Consulter la table de valeurs du SMOG pour connaître la valeur.

Table de valeurs du SMOG	
Nombre de mots ayant trois syllabes ou plus	Niveau approximatif de la scolarité
0-2	4
3-6	5
7-12	6
13-20	7
21-30	8
31-42	9
43-56	10
57-72	11
73-90	12
91-110	13
111-132	14
133-156	15
157-182	16
183-210	17
211-240	18

Table de conversion pour les textes contenant moins de 30 phrases	
Nombre de phrases	**Nombre de conversion**
10	3,00
11	2,70
12	2,50
13	2,30
14	2,14
15	2,00
16	1,87
17	1,76
18	1,67
19	1,58
20	1,50
21	1,43
22	1,36
23	1,30
24	1,25
25	1,20
26	1,15
27	1,10
28	1,07
29	1,03

INSTITUT UNIVERSITAIRE
DE CARDIOLOGIE
ET DE PNEUMOLOGIE
DE QUÉBEC

GRILLE D'ÉVALUATION
DE LA SATISFACTION DES USAGERS
AU REGARD DE L'ENSEIGNEMENT REÇU
(*Grille de l'usager*)

Thème : _____

Êtes-vous un usager : externe ❑ hospitalisé ❑ Date : _____

Faire un ✓ ou un ✗ dans la colonne qui correspond à votre impression et nous donner vos commentaires.

Merci de prendre le temps de cocher la case qui exprime le mieux votre sentiment :

	TRÈS BIEN ☺	BIEN 😐	À AMÉLIORER ☹
1. La durée de l'enseignement était adéquate.			
2. Le contenu était clair et logique.			
3. L'environnement était approprié à l'enseignement (absence de bruit, confidentialité, …).			
4. L'intervenante m'a écouté et respecté.			
5. J'ai eu réponses à mes questions.			
6. J'ai appris ce que je dois faire ou savoir avec mon problème de santé.			

Commentaires :

_____

_____

_____

_____

_____

S.V.P. remettre ce document à une infirmière ou à un autre professionnel.

MERCI !