

Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires

SEPTEMBRE 2012

Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client



Déni de responsabilité

Les infirmières et les établissements où elles travaillent ne sont pas tenus d'appliquer cette ligne directrice. Son utilisation doit être souple afin de l'adapter aux besoins individuels et aux situations particulières. Elle ne constitue en rien une responsabilité ni une décharge de la responsabilité. Bien que tous les efforts aient été consentis pour s'assurer de l'exactitude du contenu au moment de la publication, ni les auteurs, ni l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) ne garantissent l'exactitude de l'information contenue dans cette ligne directrice, et n'acceptent aucune responsabilité quant au manque à gagner, aux dommages, aux blessures ou aux dépenses découlant d'erreurs ou d'omissions dans le contenu de ce document.

Droit d'auteur

À l'exception des portions de ce document pour lesquelles une limite ou une interdiction particulière contre la copie est indiquée, le reste de ce document peut être reproduit et publié, en entier seulement, sans modification, sous toute forme, y compris le format électronique, à des fins éducatives ou non commerciales. Si une adaptation du document est requise pour une raison quelconque, le consentement ou la permission de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario doit être obtenu.

Une citation ou une référence doit apparaître dans le travail copié, tel qu'indiqué ci-dessous :

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (2012). *Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Ce programme est financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Coordonnées

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
158 Pearl Street, Toronto (Ontario) M5H 1L3

Site Web : www.rnao.ca/bestpractices

Mot de bienvenue de Doris Grinspun,

Chef de la direction, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

C'est avec grand plaisir que l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) diffuse cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, *Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client*, à la communauté des soins de santé. Les pratiques professionnelles basées sur des données probantes vont de pair avec la qualité des services que les infirmières offrent dans leur travail quotidien. La RNAO est ravie de vous fournir cette ressource clé.



La RNAO remercie sincèrement les nombreux individus et établissements qui nous aident à concrétiser notre vision des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers (LDPE) : le gouvernement de l'Ontario qui a reconnu notre capacité à diriger le programme et à obtenir un financement sur plusieurs années; Irmajean Bajnok, directrice du Centre d'affaires internationales et de lignes directrices sur les pratiques exemplaires, pour ses compétences et son leadership qui ont permis de faire avancer la production des LDPE; ainsi que chaque chef d'équipe impliqué, notamment Audrey Friedman et Theresa Harper pour ces LDPE en particulier, pour leur intendance superbe, leur engagement et surtout leurs compétences incroyables. Nous remercions également les gestionnaires du programme d'affaires internationales et de lignes directrices sur les pratiques exemplaires (AILDPE), pour leur travail intensif visant à donner vie à ces LDPE, ainsi qu'à Sheila John, qui a lancé l'élaboration de cette ligne directrice et à Rishma Nazarali, qui l'a achevée. Un remerciement tout particulier au groupe d'experts des LDPE – nous respectons et apprécions vos compétences et votre

travail bénévole. Nous n'y serions pas parvenus sans vous!

La communauté des infirmières, de par son engagement et sa passion pour l'excellence en soins infirmiers, partage ses connaissances et son temps, ce qui est essentiel à la création et à l'évaluation de chaque ligne directrice. Les employeurs ont répondu avec enthousiasme à l'appel en désignant des champions des pratiques exemplaires, en mettant en œuvre les lignes directrices et en procédant à leur évaluation, et en travaillant afin de créer une culture de pratique fondée sur les données probantes.

La mise en place réussie de ces lignes directrices nécessite un effort conjugué de la part des infirmières cliniciennes et de leurs autres collègues du secteur de la santé, les infirmières qui enseignent en milieu universitaire et en milieu de travail, de même que les employeurs. Après avoir assimilé ces lignes directrices avec leurs têtes et leurs cœurs, les infirmières, de même que les étudiants en soins infirmiers, informés et avertis, auront besoin d'un lieu de travail sain et accueillant pour les aider à mettre en pratique ces lignes directrices.

Nous vous demandons de parler de cette ligne directrice avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire. Nous avons beaucoup à apprendre les uns des autres. Ensemble, nous voulons être sûrs que les membres du public reçoivent les meilleurs soins possibles, chaque fois qu'ils entrent en contact avec nous. Tentons d'en faire les véritables gagnants de ce grand effort!

A handwritten signature in black ink that reads "Doris Grinspun". The signature is written in a cursive style and is underlined with a horizontal line.

Doris Grinspun, inf.aut., MSN, Ph.D., LLD(Hon), O.ONT.
Chef de la direction
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Table des matières

CONTEXTE	Comment utiliser ce document	4
	Intention et champ d'activité	5
	Résumé des recommandations	6
	Interprétation des données probantes	7
	Membres du groupe d'élaboration de la ligne directrice.....	8
	Remerciements aux intervenants	10
	Contexte	14
	Hypothèses clés	18
	Modèle E.E.A.R.N.S.	19

RECOMMANDATIONS	Recommandations relatives à la pratique professionnelle	21
	Recommandations relatives à la formation.....	44
	Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements.....	46
	Lacunes relatives à la recherche et implications futures	49
	Évaluation/Surveillance de la ligne directrice	50
	Stratégies de mise en œuvre	52
	Processus de mise à jour et d'examen de la ligne directrice	53

Références bibliographiques	54
-----------------------------------	----

RÉFÉRENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

Annexe A : Glossaire de termes.....	61
Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice	63
Annexe C : Processus suivi pour les examens systématiques et la stratégie de recherche	64
Annexe D : Guider la théorie de l'apprentissage – le constructivisme social	67
Annexe E : Ressources.....	69
Annexe F : Techniques d'évaluation des clients.....	71
Annexe G : Outil de communication	73
Annexe H : Description de la Trousse	76

ANNEXES

Comment utiliser ce document

Cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers consiste en un document détaillé comportant les ressources nécessaires au soutien de la pratique des soins infirmiers basée sur des données probantes. Le document doit être révisé et appliqué en fonction des besoins particuliers de l'établissement ou de l'endroit où les soins sont prodigués, ainsi que des besoins et des désirs du client. Les lignes directrices ne doivent pas être appliquées comme un « livre de recettes » mais utilisées en tant qu'outil pour aider à la prise de décisions en ce qui concerne les soins individualisés prodigués au client, et pour s'assurer que les structures et les soutiens adéquats sont en place pour prodiguer les meilleurs soins possible.

Les infirmières, les autres professionnels des soins de santé, de même que les administrateurs qui font la promotion des changements sur le plan de la pratique des soins infirmiers et qui y contribuent eux-mêmes, trouveront ce document précieux pour l'élaboration de règlements, de procédures, de protocoles, de programmes de formation, d'outils de documentation et d'évaluation. On recommande d'utiliser les lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers comme un outil de référence. Les infirmières qui offrent des soins directs aux clients pourront bénéficier d'un examen des recommandations, des données probantes qui appuient ces recommandations et du processus qui a été utilisé pour élaborer la ligne directrice. Toutefois, il est fortement recommandé que les pratiques infirmières dans les établissements où les soins sont prodigués adaptent ces lignes directrices dans des formats qui seront faciles à utiliser dans le cadre du travail quotidien. Cette ligne directrice contient quelques formats suggérés pour ces adaptations locales.

Les établissements qui désirent utiliser les lignes directrices peuvent décider de le faire de plusieurs façons :

1. Évaluer les pratiques actuelles en matière de soins de santé et de soins infirmiers grâce aux recommandations présentées dans les lignes directrices.
2. Définir les recommandations qui permettront de répondre à des besoins reconnus sur le plan des pratiques professionnelles ou de combler des lacunes dans les services offerts.
3. Élaborer de manière méthodique un plan visant à mettre en place les recommandations grâce aux outils et aux ressources connexes

La RNAO désire connaître la façon dont vous avez mis en place cette ligne directrice. Veuillez communiquer avec nous pour partager votre expérience. Des ressources de mise en place sont mises à la disposition des utilisateurs par l'entremise du site Web de la RNAO afin d'aider les personnes et les établissements à mettre en place les lignes directrices sur les pratiques exemplaires.

Intention et champ d'activité

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires sont des énoncés élaborés de façon systématique afin de venir en aide aux praticiens et aux clients qui doivent prendre des décisions concernant les soins de santé appropriés (Field et Lohr, 1990).

Pour faciliter leur propre apprentissage et leur permettre de retrouver leur chemin dans le dédale des systèmes de santé, les clients ont le droit d'obtenir de l'information, des outils et des soutiens accessibles qui leur permettront de prendre une part active à leurs propres soins. En tant que professionnels de la santé, c'est à nous qu'il incombe de faciliter l'apprentissage axé sur les besoins du client d'une manière que les clients peuvent comprendre et qui respectent leur perspective, leurs besoins et leurs valeurs. Bien que la sécurité des clients exige que des renseignements exacts et compréhensibles soient fournis, la facilitation efficace de l'apprentissage axé sur les besoins du client a le potentiel d'améliorer l'expérience du client décrite dans la Loi sur l'excellence des soins pour tous (projet de loi 46) adoptée par le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée (2010).

Les infirmières sont particulièrement en mesure de faciliter les occasions d'apprentissage structuré et informel pour leurs clients (Coster et Norman, 2009). Le but de cette ligne directrice est de fournir aux infirmières autorisées, aux infirmières auxiliaires autorisées et aux autres prestataires des soins de santé des recommandations fondées sur les données probantes en matière de facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client qui encourage les clients à prendre les mesures nécessaires pour assurer leur propre santé et qui leur permet de le faire.

Quelle que soit la façon dont l'apprentissage axé sur les besoins du client est présenté (soins autoadministrés, enseignement du client, éducation du client, enseignement sur la santé), les recommandations et les stratégies associées peuvent être utilisées dans n'importe quel cadre du continuum des soins. Toutefois, cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires concerne particulièrement les adultes de plus de 18 ans. Cette ligne directrice ne traite pas des besoins des enfants et des jeunes, relatifs aux stades du développement et à l'apprentissage. Elle ne traite pas non plus de stratégies spécifiques permettant de faciliter l'apprentissage chez des populations spéciales et l'adaptation aux handicaps.

Voici les questions cliniques abordées par cette ligne directrice :

1. Comment les infirmières peuvent-elles faciliter de façon efficace l'apprentissage axé sur les besoins du client?
2. Quelles sont des méthodes/stratégies d'enseignement efficaces pour l'apprentissage axé sur les besoins du client?
3. Comment les infirmières peuvent-elles évaluer l'apprentissage du client?

Pendant l'été de 2009, un groupe pluridisciplinaire composé d'experts en matière de pratique, d'éducation et de recherche a été convoqué sous l'égide de la RNAO. Ce groupe d'experts a discuté de la portée de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires et est parvenu à un consensus à ce sujet. Veuillez consulter les [annexes B et C](#) pour obtenir le processus d'élaboration de la ligne directrice et le processus d'examen systématique.

Résumé des recommandations

Recommandations relatives à la pratique professionnelle

RECOMMANDATION		Niveau de données probantes
1	Créer un environnement sûr, exempt de honte et de blâme, pour l'évaluation de l'apprentissage du client.	Ib
2	Avoir recours à une approche de précautions universelles de la littératie en santé afin de créer un environnement sûr, exempt de honte et de blâme.	Ib
3	Évaluer les besoins du client en matière d'apprentissage.	Ia
4	Adapter l'approche et la conception de la formation en collaborant avec le client et avec l'équipe pluridisciplinaire.	Ia
5	Utiliser des approches plus structurées et plus intentionnelles lors de la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client.	Ia
6	Avoir recours au langage clair, à des images et à des illustrations pour favoriser la littératie en santé.	Ia
7	Utiliser une combinaison de stratégies de l'éducation pour favoriser l'apprentissage efficace : <ol style="list-style-type: none"> 1. Documents imprimés 2. Téléphone 3. Cassettes audio 4. Vidéo 5. Technologie informatisée et présentations multimédias. 	Ia
8	Évaluer l'apprentissage du client.	Ila
9	Communiquer l'apprentissage axé sur les besoins du client de façon efficace : <ol style="list-style-type: none"> a. au client; et b. à l'équipe pluridisciplinaire. 	Ib

Recommandations relatives à la formation

RECOMMANDATION		Niveau de données probantes
10	Introduire le modèle E.E.A.R.N.S. dans les programmes de soins infirmiers et les cours d'éducation permanente.	IV
11	Réfléchir à l'intégration du modèle E.E.A.R.N.S. dans la pratique professionnelle quotidienne.	IV

Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

RECOMMANDATION		Niveau de données probantes
12	Engager des ressources adéquates pour appuyer les approches structurées permettant de faciliter l'apprentissage axé sur les besoins du client.	IV
13	Intégrer le modèle E.E.A.R.N.S. à la prestation des soins et des services, grâce à son inclusion dans les plans stratégiques et les objectifs organisationnels.	IV
14	Élaborer des outils de documentation qui appuient la communication efficace de l'apprentissage axé sur les besoins du client.	IV
15	Mettre en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers lorsqu'il existe une planification, des stratégies, des ressources, ainsi qu'un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée de l'adoption de la ligne directrice par les cliniciens.	IV

Interprétation des données probantes

Niveaux des données probantes

Ia	Données probantes provenant d'une méta-analyse ou d'un examen systématique d'essais contrôlés randomisés.
Ib	Données probantes provenant d'au moins un essai contrôlé randomisé.
IIa	Données probantes provenant d'au moins une étude contrôlée bien conçue, sans randomisation.
IIb	Données probantes provenant d'au moins un autre type d'étude quasi-expérimentale bien conçue, sans randomisation.
III	Données probantes provenant d'études descriptives non expérimentales bien conçues, comme des études comparatives, des études de corrélation et des études de cas.
IV	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions de comités d'experts ou de l'expérience clinique d'autorités respectées

Membres du groupe d'élaboration de la ligne directrice

Audrey Friedman, RTT, MSW

Co-chef d'équipe

Directrice de l'éducation des patients

Réseau universitaire de santé

Directrice, recherche sur la survie des personnes atteintes du cancer

Princess Margaret Hospital

Réseau universitaire de santé

Chef provinciale de l'éducation des patients

Action Cancer Ontario,

Toronto (Ontario)

Theresa Harper, INF.AUT., BSN, MSN

Co-chef d'équipe

Spécialiste de l'éducation des patients

Hamilton Health Sciences

Hamilton (Ontario)

Patricia Chornaby, INF.AUT., B.Sc.S.

Professeure, programme de formation pratique en sciences infirmières

Conestoga College Institute of Technology &

Advanced Learning

Kitchener (Ontario)

Nicole Greaves, INF.AUT., B.Sc.INF., COHN CCHN(C)

Chef de pratique professionnelle régionale, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

Santé Canada,

Nepean (Ontario)

Debra Kaye, INF.AUT., M.Sc.INF.

Coordonnatrice adjointe des soins infirmiers d'entreprise,

Recrutement, conservation et reconnaissance,

The Ottawa Hospital,

Ottawa (Ontario)

Geraldine (Jody) Macdonald, INF.AUT., B.Sc.INF., M.Ed., Ed.D.

Chargée d'enseignement, Faculté des sciences infirmières Bloomberg,

Université de Toronto,

Toronto (Ontario)

Kimberley Meighan, INF.AUT.

Gestionnaire de cas, traitement de jour

Bridgepoint Health,

Toronto (Ontario)

Catherine Oliver N., M.Sc. (A.)

Co-présidente, CUSM, Éducation des patients

Comité de réseau Consultante en pratiques infirmières
Perfectionnement du personnel clinique et professionnel

Centre universitaire de santé McGill

Montréal (Québec)

Elke Ruthig, INF.AUT., B.Sc.INF., CIC

Gestionnaire, éducation des patients et

bibliothèque pour les patients et les familles

Toronto General Hospital

Réseau universitaire de santé

Toronto (Ontario)

Shirley Alvares, INF.AUT., B.Sc.INF., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS/ED

Adjointe à la recherche

Toronto (Ontario)

Marian Luctkar-Flude, INF.AUT., M.Sc.INF., Ph.D. (ÉTUDIANTE)

Adjointe à la recherche

Kingston (Ontario)

Cecilia Yeung, INF.AUT., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS, GNC(C), IIWCC

Adjointe à la recherche

Toronto (Ontario)

Sheila John, INF.AUT., B.Sc.INF., M.Sc.INF.

Directrice de programmes 2009-2010

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Rishma Nazarali, INF.AUT., B.Sc.INF., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS

Directrice de programmes, 2010-2012

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario

Toronto (Ontario)

Andrea Stubbs, B.A.

Coordonnatrice de projet, 2011-2012
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Catherine Wood, BMOS

Adjointe de programmes, 2009-2011
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario
Toronto (Ontario)

Des déclarations de conflit d'intérêts et de confidentialité ont été faites par tous les membres du groupe d'élaboration de cette ligne directrice. Des renseignements supplémentaires sont disponibles auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.



Remerciements aux intervenants

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario tient à remercier les personnes et les groupes suivants pour leur contribution à la révision de cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires :

NOM, TITRES DE COMPÉTENCE

TITRE, ORGANISME, VILLE, PROVINCE

KARIMAH ALIDINA, INF.AUT., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., CHPCN(C)

Éducatrice en pratique professionnelle,
Joseph Brant Memorial Hospital,
Burlington (Ontario)

SUE BAILEY, INF.AUT., MHScN

Coordonnatrice des pratiques exemplaires dans les soins de longue durée.
Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario,
Toronto (Ontario)

MICHELLE BARNARD, INF.AUT., B.Sc.Inf., M.Ed.

Clinicienne en éducation et en perfectionnement
Hamilton Health Sciences Hospital,
Hamilton (Ontario)

GERRY BENSON, INF.AUT., M.Sc.

Professeur adjoint à l'École de sciences infirmières, Université McMaster,
Faculté des sciences de la santé,
Hamilton (Ontario)

BARBARA BICKLE, INF.AUT. (EC), B.Sc.Inf., MN-NP, CCN(C), GNC(C)

Infirmière praticienne, service d'urgence – NPSTAT LTCH Outreach,
The Scarborough Hospital,
Scarborough (Ontario)

CHRISTINA BRADLEY, INF.AUT., B.Sc.Inf.

Infirmière en santé publique,
Niagara Region Public Health,
Thorold (Ontario)

KAREN BREEN-REID, B.Sc.Inf., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS

Éducatrice en pratique infirmière avancée
The Hospital for Sick Children,
Toronto (Ontario)

MICHELLE CLELAND, INF.AUT., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS, GNC(C)

Infirmière clinicienne spécialisée,
Mackenzie Health,
Richmond Hill (Ontario)

BETTY CRAGG, INF.AUT., B.Sc.Inf., M.Ed., Ed.D.

Professeure émérite
École de sciences infirmières, Université d'Ottawa
Ottawa (Ontario)

CHRISTINE D'SOUZA, INF.AUT., B.Sc.Inf., M.Sc.Inf.(S)

Étudiante, Faculté des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg,
Université de Toronto,
Toronto (Ontario)

CHRISTINE DAVIS, B.Sc.Inf., M.Ed., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS, CPMHN(C)

Membre du corps professoral,
Programme B.Sc.Inf. coopératif, Université Laurentienne,
Brockville (Ontario)

ELIZABETH (LIZ) DIEM, INF.AUT., M.SC., PH.D.	Professeure adjointe (retraîtée) École de sciences infirmières, Université d'Ottawa, Consultante en éducation en soins infirmiers, Ottawa (Ontario)
HARRIETT DRAAISTRA, INF.AUT., M.Sc.Inf., CNN(C), CRRN, IIWCC	Clinicienne en éducation et en perfectionnement Hamilton Health Sciences, Regional Rehabilitation Centre, Hamilton (Ontario)
JULIAN FAULKNER, INF.AUT., B.Sc.Inf., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS (C)	Professeur, Formation pratique en sciences infirmières, Georgian College, Barrie (Ontario)
WENDY FOSTEY, INF.AUT., B.Sc.S.Inf., M.Sc.S.Inf.	Professeure de sciences infirmières, Sault College, Sault Ste Marie (Ontario)
LESLIE GRAHAM, INF.AUT., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS, CNCC	Professeure, Sciences infirmières, Durham College/University of Ontario Institute of Technology, Stouffville (Ontario)
KATHY-LYNN GREIG, INF. AUX. AUT., ÉTUDIANTE AU B.Sc.Inf.	Infirmière soignante, The Scarborough Hospital, West Park Healthcare Centre, Toronto (Ontario)
REBECCA HARBRIDGE, INF.AUT., inf.aut., M.A.(ED), CCHN(C)	Infirmière en santé publique, Barrie (Ontario)
PAT HARRIS, Ph.D., C.PSYCH.	Psychologue. Services d'accessibilité, Université de Toronto, Toronto (Ontario)
JAYNE JONES	Adjointe exécutive, Plazacorp, Toronto (Ontario)
MARILYN KING, INF.AUT., B.Sc.Inf., M.H.P.	Infirmière en santé publique, Huron County Health Unit, Clinton(Ontario)
SYLVIA KUCINSKA, INF.AUT., ISP	Infirmière en santé publique, Region of Peel Public Health, Mississauga (Ontario)
JIN LEE, B.Sc.Inf.(S)	Étudiante-infirmière, Université McMaster, Hamilton (Ontario)
TIM LENARTOWYCH, INF.AUT., B.Sc.Inf.	Analyste en politique des soins infirmiers, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, Toronto (Ontario)

MARIA C. LOZADA, INF.AUT., B.Sc.Inf., B.SC.S., M.Sc.Inf.(S)	Infirmière clinicienne, London Health Sciences Centre, London (Ontario)
ELIZABETH MANSO, INF. AUX. AUT.	Infirmière soignante, Chatham-Kent Health Alliance, Chatham (Ontario)
JOAN MARTIN SAARINEN, INF.AUT., BSN, MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS	Professeure de sciences infirmières, Northern College, Timmins (Ontario)
WENDY MARTINSON, INF.AUT., BSN	Spécialiste de l'assurance de la qualité, John Dempsey Hospital/University of Connecticut Health Center, Farmington, Connecticut, États-Unis
ELIZABETH MATHEWSON, INF.AUT., B.Sc.Inf., M.H.P.	Professeure, Sir Sandford Fleming College, Peterborough (Ontario)
CAROLINE MAVRAK, INF.AUT., B.Sc.Inf.	Clinicienne en éducation et en perfectionnement, Hamilton Health Sciences, Hamilton (Ontario)
MARY MILLO, INF.AUT., B.A.	Clinicienne en éducation et en perfectionnement, Hamilton Health Sciences, Hamilton (Ontario)
JENNIFER MURDOCK, INF.AUT., B.A., CCC(C), B.Sc.Inf.	Infirmière clinicienne enseignante Peterborough Regional Health Centre, Peterborough (Ontario)
LINDA O'MARA, INF.AUT., Ph.D.	Professeure agrégée, École de sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université McMaster, Hamilton (Ontario)
Dr AROHA PAGE, INF.AUT., Ph.D., FRCNA	Professeure, Université de Nipissing, North Bay (Ontario)
ANITA PURDY, INF.AUT., B.Sc.Inf.	Gestionnaire clinique, Chatham-Kent Health Alliance, Chatham (Ontario)
SHARON RONALDSON, INF.AUT., Ph.D.	Coordonnatrice du programme d'études, Langara College, Vancouver (Colombie-Britannique)
JOANNE SEITZ, M.SC.INF., WHNP-BC, CPHQ	Infirmière praticienne. Kaiser Permanente, Napa, Californie, États-Unis

TRACY SCHOTT, INF.AUT., BSN, MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS	Infirmière clinicienne enseignante Fraser Health Authority, Surrey (Colombie-Britannique)
MARIA SHIER, INF.AUT., B.Sc.Inf., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS	Directrice de l'expérience des patients, Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences, Whitby (Ontario)
JUDY SMITH, INF.AUT., B.Sc.Inf., MDE, ENC(C)	Infirmière gestionnaire des urgences gériatriques, Mackenzie Health, Richmond Hill (Ontario)
LILY SPANJEVIC, INF.AUT., M.Sc.Inf., GNC(C), CRNC	Infirmière en pratique avancée – gériatrie/médecine, Joseph Brant Memorial Hospital, Burlington (Ontario)
SUSANNE SWAYZE, INF. AUX. AUT., BOURSIERE DE LA RPNAO	Infirmière soignante – service de médecine légale sécurisée, St. Josephs Healthcare Hamilton, Hamilton (Ontario)
HILDA SWIRSKY, INF.AUT., B.Sc.Inf., M.Ed.	Infirmière soignante, Mount Sinai Hospital, Toronto (Ontario)
HELEN C. TAYLOR, INF.AUT., B.A., DHSW, B.Sc.Inf., M.Sc.Inf., Ph.D.(C)	Gestionnaire de l'éducation et de l'amélioration de la qualité, Niagara Region Seniors Services, Thorold (Ontario) Professeure auxiliaire, Université Brock, St. Catharines (Ontario)
ANDREA TRAINOR, INF.AUT., B.Sc.Inf., M.Sc.(A)	Infirmière en pratique avancée, Bruyere Continuing Care Kanata (Ontario)
DODIE TRIMBLE, INF.AUT., B.Sc.Inf. MHST(C)	Directrice, Norfolk General Hospital, Simcoe (Ontario)
JOYCE TSUI, INF. AUX. AUT., INF.AUT., B.Sc.Inf., MAÎTRISE EN SOINS INFIRMIERS(C)	Infirmière soignante, Baycrest Centre for Geriatric Care, Toronto (Ontario)

Contexte

La facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client pour favoriser la bonne santé est une compétence de base que doivent posséder toutes les infirmières. Il n'est pas réaliste de demander aux clients de prendre les mesures nécessaires pour leur propre santé s'ils n'ont pas les connaissances, les compétences et les soutiens sociaux requis pour le faire.

Les infirmières s'occupent de différents types de clients dans de nombreux établissements pendant leur durée de vie. Elles sont particulièrement en mesure de bâtir des relations de partenariat (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2008) et de faciliter des occasions d'apprentissage structuré et informel (Coster et Norman, 2009) avec leurs clients. Les infirmières préparent et appuient leurs clients en les encourageant à raconter leurs histoires, afin de pouvoir comprendre leur situation, leurs besoins et leurs styles d'apprentissage uniques.

Les soins infirmiers nécessitent l'évaluation des objectifs et des besoins uniques des clients, la facilitation des buts et la défense de leurs droits (Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario [OIIO], 2009b). Parmi les valeurs éthiques qui guident la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client, on peut citer : le bien-être des clients; les choix des clients; le respect de la vie; le respect de ses engagements; la véracité et l'équité (OIIO, 2009b).

De l'éducation des patients à la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client

L'éducation traditionnelle des patients est un concept large, que l'on définit souvent à l'intérieur d'une portée limitée, et qui est souvent interchangeable avec l'autogestion et les soins autoadministrés (Coster et Norman, 2009). En pratique, l'éducation des patients est souvent appelée enseignement en santé ou enseignement au patient. Quel que soit le terme choisi, dans le cadre d'une approche axée sur les besoins du client [de l'apprenant], l'accent n'est plus mis sur le fait que les infirmières enseignent, mais plutôt sur le fait qu'elles appuient l'apprentissage des clients. *L'apprentissage axé sur les besoins du client comprend non seulement l'acquisition de nouvelles connaissances, mais également des occasions qui permettent aux clients d'appliquer leurs valeurs, leurs besoins, leurs expériences antérieures et leurs réalités culturelles aux mesures qu'ils envisagent de prendre.*

Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client

Dans notre environnement de soins de santé complexe et en constante évolution, on a passé du modèle de soins donnés par les experts traditionnel à un modèle de partenariat avec les clients. Les clients deviennent plus actifs et ont une plus grande part de responsabilité dans les décisions concernant leur propre santé. La facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client est un processus interactif, holistique et social. Les principes directeurs des soins de santé primaires, spécifiquement le principe de la participation du public, clarifient l'importance de travailler en partenariat avec les clients (OMS, 2008). Les infirmières doivent être qualifiées pour évaluer les besoins en matière d'apprentissage, en collaboration avec le client. Cela permet ensuite de planifier, de mettre en œuvre et d'évaluer des stratégies d'apprentissage adaptées en fonction des différents besoins en matière d'apprentissage de leurs clients. Plusieurs rapports publiés tant au Canada qu'aux États-Unis (Conseil canadien de l'apprentissage [CCA], 2008; Institute of Medicine of National Academies [IOM], 2004; Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008; U.S. Department of Health and Human Services, 2010) appuient le fait que les stratégies de promotion de la littératie en santé et de la compréhension des clients soient incluses dans les programmes d'études et l'éducation permanente pour les professionnels de la santé.

Promotion de la santé

La promotion de la santé est une compétence clé de toutes les infirmières. Les infirmières favorisent la santé en prônant une politique publique en matière de santé et elles utilisent leurs connaissances et leurs compétences pour favoriser la littératie en santé auprès de clients individuels, de familles, de groupes et de communautés. Les infirmières qui prennent part à la promotion de la santé et à la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client ont un rôle d'enseignement et de formation clé fondé sur des théories de l'éducation solides.

Évaluation de l'apprentissage

Bien qu'il existe un grand nombre de théories de l'éducation, cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires est fondée sur une théorie de l'éducation spécifique appelée constructivisme social. Selon cette théorie, les individus créent leur propre compréhension en intégrant leurs expériences et leurs connaissances antérieures avec leur nouvel apprentissage, dans des contextes spécifiques qui comprennent des contextes sociaux critiques (Beck et Kosnik, 2006). Comme le dit Peters (2000), [traduction] « *le constructivisme valorise les influences socioculturelles dans le processus d'apprentissage et sanctionne le développement de connaissances fondées sur l'apprentissage antérieur, par opposition au rejet de telles connaissances qu'on observe souvent dans des établissements d'enseignement formels traditionnels* » (p. 1-2). Cela s'inscrit dans le cadre des principes des soins axés sur les besoins du client.

Le constructivisme social favorise une évaluation efficace (Beck et Kosnik, 2006). Dans les établissements de soins de santé, l'évaluation cherche à déterminer dans quelle mesure le client comprend les connaissances, les répercussions pour la sécurité/la santé, dans quelle mesure il est appuyé dans l'adoption de comportements sains, et la disponibilité des ressources requises pour assurer le suivi et continuer à apprendre activement à s'occuper de soi-même et à maintenir sa santé. Les infirmières évaluent régulièrement l'apprentissage des clients en tenant compte des défis présentés par la littératie en santé, en incorporant une analyse holistique de l'apprentissage du client (Griffin, 1988, 1993) et en renforçant les points forts du client. Veuillez consulter le **tableau 1** pour obtenir une comparaison des théories de l'éducation.

Tableau 1 : Comparaison des théories de l'éducation

Modèle expert traditionnel	Modèle de facilitation du partenariat avec le client Constructivisme social
Le but de l'enseignement est que les experts fournissent du contenu aux clients; les enseignants ont donc du pouvoir sur les apprenants (Weimer, 2002).	Les connaissances sont bâties par un client engagé, qui partage le pouvoir dans le cadre d'une relation de partenariat entre le client et l'infirmière (convient aux soins de santé primaires) (Blumberg, 2009; Weimer, 2002).
Les nouvelles connaissances sont mémorisées en tant que connaissances distinctes, qui n'ont pas de lien avec les connaissances précédentes, menant ainsi à un apprentissage superficiel (Weimer, 2002).	Pour qu'elles soient efficaces, un lien doit être établi entre les nouvelles connaissances et les connaissances antérieures. Les apprenants bâtissent activement des liens avec les nouvelles connaissances, ce qui permet un apprentissage et un sens plus profonds (Weimer, 2002).
Une fois qu'ils sont conscients des nouvelles informations et des directives à suivre, les clients peuvent facilement les mettre en œuvre (Macdonald, 2002).	Une période de désapprentissage facilité est requise avant que le client devienne en mesure d'accepter de nouvelles idées et d'adopter de nouvelles mesures pour favoriser la santé; cela demeure un défi pour bon nombre de personnes (Macdonald, 2002).
Les clients doivent recevoir immédiatement tous les renseignements relatifs au contenu d'un sujet préoccupant en matière de santé, donnés par un enseignant expert (Weimer, 2002).	Le contenu n'est qu'une partie du nouvel apprentissage et, initialement, il doit être ciblé et limité. Il peut être appuyé par des références ou des occasions de formation supplémentaires à l'avenir (Weimer, 2002).
L'apprentissage est principalement une activité individuelle et autonome pour les clients (Knowles, 1975).	L'apprentissage est social et comprend des dialogues avec ses pairs et des professionnels, et peut-être également des interactions avec des sites de réseaux sociaux et des sites Internet contenant des renseignements sur la santé valables (Blumberg, 2009; Weimer, 2002).
Les messages relatifs à la santé sont « taille unique ». L'information est souvent transmise d'une façon que les clients ne peuvent pas comprendre (IOM, 2004; US Department of Health and Human Services, 2010).	Les messages relatifs à la santé sont adaptés aux différents besoins du client afin de favoriser la littératie en santé (IOM, 2004; US Department of Health and Human Services, 2010).
L'apprentissage est une activité dont la nature est principalement cognitive (Weimer, 2002).	L'apprentissage holistique comprend un apprentissage relationnel, cognitif, affectif, spirituel, métaphorique et physique; l'apprentissage peut être influencé par les expériences antérieures de la vie (Griffin, 1988, 1993).

Veuillez consulter **l'annexe D** pour obtenir de plus amples renseignements sur le constructivisme social.

L'apprentissage du client dans le contexte des soins de santé

Les infirmières doivent faire face aux défis liés à la facilitation de l'apprentissage chez les clients dans un système de santé de plus en plus complexe. Les clients peuvent se débattre avec l'information sur la santé pour de nombreuses raisons. Tout d'abord, ils doivent faire face à de l'information sur la santé et à des services de santé qui sont souvent peu familiers, compliqués et techniques. Ensuite, ils doivent retrouver leur chemin dans ce système complexe, prendre en charge leur santé et agir dans les situations suivantes :

- un congé de l'hôpital qui se produit plus tôt;
- la compréhension de plans de traitement compliqués;
- la prise de décisions éclairées;
- le maintien d'habitudes de vie saines;
- la communication de leur perspective, de leurs besoins et de leurs valeurs;
- des conditions socioéconomiques difficiles;
- la prise en charge d'états chroniques;
- l'accès aux ressources communautaires; et
- l'interaction avec un grand nombre de professionnels de la santé.

La mesure dans laquelle les clients peuvent comprendre et gérer de telles exigences est souvent appelée littératie en santé. On a défini la littératie en santé comme la capacité d'accéder à l'information afin de favoriser, de maintenir et d'améliorer la santé dans différents cadres pendant toute la vie, de comprendre cette information, de l'évaluer et de la transmettre (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008).

L'importance de la littératie en santé

Bien que des compétences générales en littératie constituent une base essentielle pour la littératie en santé, celle-ci n'est pas uniquement le fait d'être capable de lire de l'information sur la santé et de remplir des formulaires médicaux. La littératie en santé comprend l'intégration d'une vaste gamme de compétences individuelles, de compétences de communication avec les professionnels de la santé, de pratiques en matière de soins de santé et de processus au sein du système (CCA, 2008; IOM, 2004, Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008). Vu les défis relatifs à retrouver son chemin dans un système complexe et les difficultés associées à la participation active et à l'acquisition d'information sur la santé lorsqu'une personne est malade, anxieuse ou accablée d'information, les infirmières ne doivent pas oublier que tous les clients peuvent se débattre avec les exigences de la prise en charge de leur propre santé.

Selon l'Enquête internationale sur l'alphabétisation et les compétences des adultes, des compétences limitées en littératie en santé affectent 55 % des adultes canadiens âgés de plus de 16 ans et 88 % des personnes âgées (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008). Parmi les segments de la population qui sont plus vulnérables aux risques associés à un niveau peu élevé de littératie en santé, on peut citer les personnes âgées, les immigrants et les sans-emploi. Il faut également noter les scores supérieurs à la moyenne en matière de littératie en santé chez les adultes qui déclaraient être en excellente santé, par rapport à ceux qui déclaraient que leur santé était mauvaise ou adéquate (CCA, 2008; Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008).

Littératie en santé limitée et mauvaise santé

Le lien entre une littératie en santé limitée et la mauvaise santé a été bien documenté dans des rapports publiés par le Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ] (2004), le CCA (2008), IOM (2004) et le U.S. Department of Health and Human Services (2010).

[Traduction] « La littératie en santé est importante, parce qu'elle peut avoir un impact sur le bien-être social et économique des individus et du Canada » (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008, p. 15).

Récemment, dans une mise à jour de son rapport de 2004, l'AHRQ (2011) a constaté que les différences en matière de littératie en santé et la mauvaise santé étaient régulièrement associées aux facteurs suivants :

- des erreurs relatives aux médicaments;
- une réduction de la capacité à interpréter les étiquettes et les messages sur la santé;
- un taux d'hospitalisation accru;
- un recours plus fréquent aux services d'urgence;
- un recours moins fréquent aux services de prévention, comme les mammographies et les vaccins; et
- un plus mauvais état de santé global et un risque de mortalité accru pour les aînés.

La littératie en santé en tant que domaine changeant d'étude et de pratique professionnelle

La littératie en santé continue à prendre de l'élan, en raison de son sens et de son importance, comme l'atteste une base de données croissante d'ouvrages et d'études de recherche (Paasche-Orlow, Wilson et McCormack, 2010). Des recherches plus approfondies sur les stratégies et les interventions de promotion de la littératie en santé s'avèrent nécessaires. Le groupe d'élaboration de la ligne directrice appuie l'évolution continue de la signification de la littératie en santé, qui passe de la vision étroite de la capacité d'une personne à lire l'information sur la santé à une vision beaucoup plus holistique, axée sur les exigences complexes des systèmes de santé, sur les aptitudes à communiquer de façon efficace du professionnel de la santé sur les réalités socioéconomiques. L'évolution de cette signification appuie le modèle de partenariat de la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client.



Hypothèses clés

Les recommandations présentées dans cette ligne directrice sont fondées sur les hypothèses suivantes :

1. Un client est défini comme une personne ou plusieurs personnes, un groupe, un ensemble de personnes ou une communauté avec qui l'infirmière a une relation thérapeutique professionnelle dans n'importe quel cadre.
2. Les clients ont le droit d'assumer la responsabilité de leur propre apprentissage ou de déléguer cette responsabilité à d'autres.
3. Les relations de partenariat coopératives avec les clients sont essentielles à la réussite de l'apprentissage axé sur les besoins du client.
4. Les infirmières doivent connaître leur apprenant.
5. La communication est centrale à l'apprentissage axé sur les besoins du client. C'est aux infirmières qu'il incombe d'écouter activement leurs clients et d'adapter leurs conversations en conséquence.
6. L'information, les ressources et le soutien fournis au client doivent favoriser la prestation de soins qui sont fondés sur les données probantes et qui respectent les préférences du client.
7. Pour un apprentissage efficace, le client doit comprendre l'information présentée.
8. Les infirmières sont des praticiennes réfléchies qui continuent à se développer et à apprendre dans leur rôle de facilitatrices de l'apprentissage.
9. Vu les complexités des soins de santé, les solides aptitudes en littératie en santé des infirmières et des clients ont des bienfaits globaux pour le système de santé.

Modèle E.E.A.R.N.S.

La facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client est fondée sur quatre piliers (voir la figure 1). Ces quatre piliers soutiennent l'apprentissage axé sur les besoins du client et encouragent l'autoefficacité et la prise de décisions. En partant de cette fondation, l'infirmière et le client sont entourés d'un environnement sûr, exempt de honte et de blâme. La création d'un tel environnement favorise une relation de partenariat thérapeutique dans laquelle l'apprenant et l'infirmière peuvent travailler ensemble en tant que partenaires. Cette relation de partenariat est illustrée par les cercles entrelacés, qui indiquent que l'infirmière et le client sont des égaux.

E.E.A.R.N.S. (Écouter, Établir, Adopter, Renforcer, Nommer et Solidifier) est l'acronyme qui désigne les interactions qui ont lieu à l'intersection du cercle de l'infirmière et de celui du client. Le modèle E.E.A.R.N.S. est également symbolique du processus de soins infirmiers. En écoutant les besoins du client, l'infirmière peut comprendre la perspective de celui-ci, le voir en tant que personne entière et commencer à créer une relation de partenariat qui est thérapeutique et respectueuse de l'autonomie, de la voix et de l'autodétermination. La facilitation de l'apprentissage du client est une intervention intentionnelle qui reconnaît le fait que l'apprentissage nécessite des informations, des occasions de répéter ses nouvelles compétences, la capacité de traduire les nouvelles connaissances et les nouvelles compétences dans le contexte du client, l'évaluation de l'apprentissage, ainsi que l'occasion d'améliorer la compréhension ou la maîtrise de la compétence, ce qui favorise l'autoefficacité et l'autogestion.

Les flèches bidirectionnelles dans ce modèle conceptuel indiquent que l'apprentissage n'est pas un événement isolé, mais plutôt un processus continu qui est itératif et partagé entre le professionnel de la santé et le client. Cette interaction peut également commencer dans un cadre et se poursuivre dans un ou plusieurs cadres supplémentaires, comme la maison, la clinique ou la communauté. Les principes de la théorie du constructivisme social sont entrelacés et créent le contexte de base du modèle conceptuel. Ce modèle est original et a été créé par les membres du groupe d'élaboration de la ligne directrice.

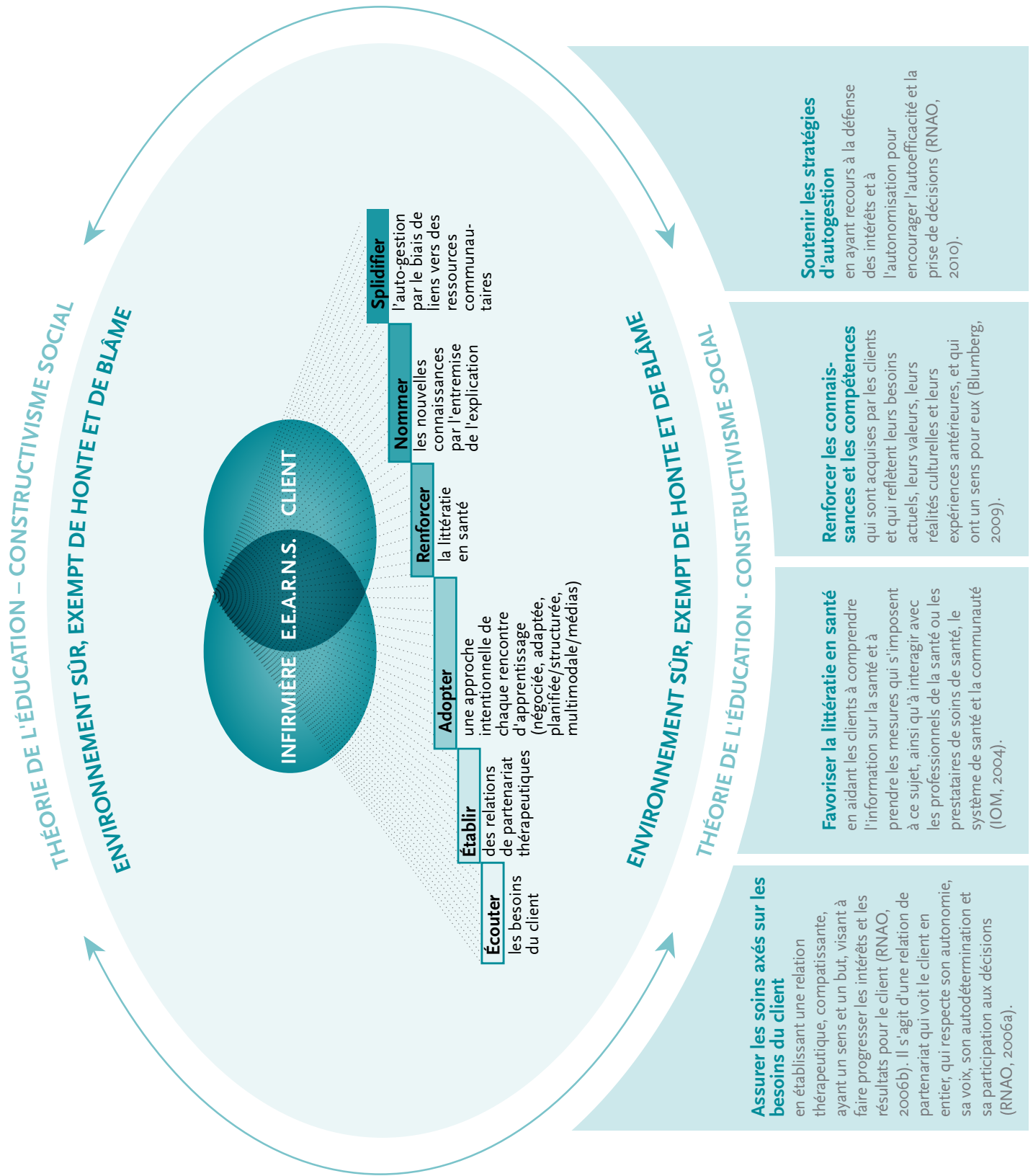


Figure 1 : Modèle E.E.A.R.N.S. élaboré par le groupe d'experts

Recommandations relatives à la pratique professionnelle

RECOMMANDATION 1 :

Créer un environnement sûr, exempt de honte et de blâme, pour l'évaluation de l'apprentissage du client.

Niveau de données probantes = Ib

Discussion des données probantes

Q : En quoi consiste un environnement sûr, exempt de honte et de blâme, pour l'évaluation de l'apprentissage du client?

R : Un environnement sûr, exempt de honte et de blâme est une culture dans laquelle :

- les clients peuvent poser des questions et demander de l'aide sans se sentir rejetés;
- les clients se sentent à l'aise de se faire accompagner lors de leurs rendez-vous ou de leurs interactions cliniques; et
- les professionnels de la santé savent que certains clients se sentent anxieux et gênés lorsqu'ils ne comprennent pas.

(Brown et al., 2004; Parikh, Parker, Nurss, Baker et Williams, 1996; Sudore et Schillinger, 2009)

En plus des personnes qui ont un niveau de littératie peu élevé et qui ressentent la honte associée à cette situation, bon nombre d'individus peuvent dissimuler ou refuser de reconnaître leurs difficultés relativement à l'information sur la santé. La stigmatisation associée à un niveau de littératie peu élevé peut faire en sorte que les clients font semblant de lire et de comprendre l'information sur la santé, et elle peut les empêcher de poser des questions qui leur permettraient de mieux comprendre leurs propres maladies (Parikh et al., 1996). Un environnement sûr, exempt de honte et de blâme, élimine ces obstacles et la stigmatisation associée à un niveau de littératie peu élevé et crée un environnement favorable pour toutes les personnes qui éprouvent des difficultés relativement à l'information sur la santé, quel que soit leur niveau de littératie. Ce type d'environnement, dans lequel les clients ne ressentent pas l'humiliation associée à un niveau de littératie peu élevé, encourage un partenariat mieux équilibré avec le professionnel de la santé (Brown et al., 2004; Parikh et al., 1996; Sudore et Schillinger, 2009) et facilite par la suite l'apprentissage axé sur les besoins du client.

ENCADRÉ SUR LA MISE EN PRATIQUE

Le niveau de littératie en santé n'est pas affecté uniquement par le niveau de littératie. Parmi les stratégies qui s'avèrent efficaces pour faciliter l'apprentissage chez tous les clients, on peut citer :

1. une approche de précautions universelles de la littératie en santé (voir la recommandation 2); et
2. la création d'un environnement sûr, exempt de honte et de blâme, pour l'apprentissage du client.

Q : Quels sont certains des obstacles qui nuisent à un environnement sûr, exempt de honte et de blâme, pour l'apprentissage du client?

R : Lorsque les obstacles à l'accès, à la compréhension et à l'utilisation de l'information sur la santé sont éliminés, le risque est minimisé pour tout le monde. Bon nombre de ces obstacles sont liés à la communication orale et écrite, par exemple :

- trop d'information;
- l'utilisation de jargon médical et technique;
- des formulaires et des brochures compliqués;
- le recours aux mots uniquement;
- le fait de ne pas vérifier si le client a compris;
- une mauvaise signalisation;
- des systèmes qui sont difficiles à parcourir; et
- un manque de renforcement et d'appui.

(Sudore et Schillinger, 2009).

Q : Comment une infirmière peut-elle créer un environnement sûr, exempt de honte et de blâme?

R : Les quatre piliers du modèle E.E.A.R.N.S. (voir la figure 1) décrivent et appuient la création d'un environnement sûr, exempt de honte et de blâme, qui favorise le dialogue entre le client et l'infirmière et qui incite le client à poser des questions. En créant un environnement accueillant dans lequel les questions et les possibilités de dialogue sont les bienvenues, l'infirmière peut également évaluer ce que le client a compris concernant l'information sur la santé et les régimes d'autogestion ou les instructions relatives aux soins, ou la capacité de s'acquitter des compétences et des tâches associées à la gestion des soins de santé (Sudore et Schillinger, 2009; Wolff et al., 2010).

Assurer les soins axés sur les besoins du client

Établissez une relation thérapeutique, compatissante, ayant un sens et un but, visant à faire progresser les intérêts et les résultats pour le client (RNAO, 2006b). Il s'agit d'une relation de partenariat qui voit le client en entier, qui respecte son autonomie, sa voix, son autodétermination et sa participation aux décisions (RNAO, 2006a).

ENCADRÉ SUR LA MISE EN PRATIQUE

La création d'un partenariat thérapeutique avec votre client, qui est également sûr et exempt de honte et de blâme, commence par la planification de votre séance d'apprentissage. Réfléchissez à ce que vous savez au sujet du client :

- Êtes-vous au courant des connaissances et des convictions de votre client concernant sa maladie/état, ses soins et son traitement?
- Quel pourrait en être l'impact sur lui ou sur leur famille?
- Avez-vous besoin d'obtenir des renseignements supplémentaires?

Un essai comparatif randomisé effectué par Anderson, Mizzari, Kain et Webster (2006) a découvert que l'apprentissage était rehaussé lorsque votre plan d'apprentissage est guidé par les valeurs, les besoins et les objectifs du client (Estabrooks, et al., 2005; Stacey, Samant, et Bennett, 2008; Vallance, Courneya, Plotnikoff, et Mackey, 2008).

Favoriser la littératie en santé

On définit la littératie en santé comme la capacité d'accéder à l'information afin de favoriser, de maintenir et d'améliorer la santé dans différents cadres pendant toute la vie, de comprendre cette information, de l'évaluer et de la transmettre (Rootman et Gordon-El-Bihbey, 2008).

Favorisez la littératie en santé en aidant les clients à comprendre l'information sur la santé et à prendre les mesures qui s'imposent à ce sujet, ainsi qu'à interagir avec les professionnels de la santé ou les prestataires de soins de santé, le système de santé et la communauté (IOM, 2004).

ENCADRÉ SUR LA MISE EN PRATIQUE

Pour favoriser la littératie en santé, utilisez des stratégies et des techniques telles que les suivantes :

- éviter le jargon;
- mettre l'accent sur les lacunes en matière de connaissances identifiées par le client (ou négociées avec lui); et
- inviter le client à poser des questions ou à demander des précisions.

(IOM, 2004)

Une fois que vous et votre client avez identifié ses besoins en matière d'apprentissage, planifiez le lieu et le moment de la séance d'apprentissage. Créez un cadre détendu où les interruptions seront minimisées et qui vous laissera suffisamment de temps pour présenter la matière, vous assurer que le client l'a comprise, fournir des précisions et assurer le suivi (Hibbard et Peters, 2003).

Renforcer les connaissances et les compétences

Renforcez les connaissances et les compétences qui sont acquises par les clients et qui reflètent leurs besoins actuels, leurs valeurs, leurs réalités culturelles et leurs expériences antérieures, et qui ont un sens pour eux (Blumberg, 2009). La création d'un environnement accueillant qui favorise les questions et le dialogue visant à comprendre ce que vit le client encourage l'apprentissage axé sur les besoins du client, ainsi que les occasions de préciser l'information fournie (Wolff et al., 2010). En créant un environnement accueillant, la façon dont les conversations sont formulées constitue souvent un aspect important de toutes les rencontres d'apprentissage axé sur les besoins du client.

ENCADRÉ SUR LA MISE EN PRATIQUE

Les moyens d'engager la conversation suivants invitent le client à exprimer ses sentiments, ses préoccupations et ses questions dans le cadre d'un dialogue ouvert avec l'infirmière. En partant de cette évaluation des besoins, l'infirmière peut identifier les obstacles à l'apprentissage, déterminer ce que le client sait ou croit déjà, ainsi que les lacunes dans les connaissances ou les compétences. Cela crée une base qui permet d'établir un partenariat avec le client pour identifier les priorités et le moment des séances d'apprentissage.

Utilisez les questions suivantes pour guider vos techniques d'enseignement et d'entrevue :

- Comment vous sentez-vous maintenant? (invite le client à parler de ses douleurs, de sa fatigue ou d'autres obstacles à l'apprentissage, ou à exprimer sa confusion, sa peur, sa frustration, etc.)
- Pouvez-vous me dire ce que vous savez au sujet de...?
- Quelles questions avez-vous au sujet de...?
- Aimez-vous apprendre quelque chose de nouveau?
- Que faites-vous pour vous aider à apprendre quelque chose de nouveau?

Soutien de l'autogestion

Ayez recours à la défense des intérêts et à l'autonomisation pour encourager l'autoefficacité et la prise de décisions (RNAO, 2010).

ENCADRÉ SUR LA MISE EN PRATIQUE

Voici quelques ressources qui peuvent appuyer les stratégies d'autogestion :

- "It's Safe to Ask" (Manitoba Institute for Patient Safety);
- It's Good to Ask (BC Patient Safety and Quality Council);
- Demander-dire-demander (RNAO, 2010); et
- "Ask Me 3" (National Patient Safety Foundation).

Pour obtenir des renseignements sur les sites Web et d'autres ressources, veuillez consulter l'annexe E.

RECOMMANDATION 2 :

Avoir recours à une approche de précautions universelles de la littératie en santé afin de créer un environnement sûr, exempt de honte et de blâme.

Niveau de données probantes = 1b

Discussion des données probantes

Q : En quoi consiste une approche de précautions universelles de la littératie en santé?

R : Une approche de précautions universelles est une approche visant à établir une communication claire dans le domaine de la littératie en santé. Étant donné que les niveaux peu élevés de littératie en santé sont prévalents et que les personnes peuvent éprouver des difficultés relatives à l'information sur la santé pour toutes sortes de raisons, Sudore et Schillinger (2009) recommandent que des interventions permettant d'appuyer la communication claire afin de réduire ces obstacles sont essentielles pour les clients à tous les niveaux de littératie.

Puisqu'il est impossible de dire si un client a un niveau peu élevé de littératie en santé simplement en le regardant, une approche de précautions universelles de la littératie en santé doit être examinée, ce qui signifie que des mesures spécifiques, qui minimisent le risque pour tout le monde, doivent être adoptées (Brown et al., 2004). Le concept est semblable à l'utilisation de précautions universelles avec les maladies infectieuses. En adoptant une approche de précautions universelles de la littératie en santé, les infirmières supposent que tous les clients ont des difficultés à comprendre l'information sur la santé et à se retrouver dans le système de santé. Il est important de noter que lors de l'adoption d'une approche de précautions universelles lors de toutes les rencontres avec les clients, les infirmières ne sont pas tenues d'effectuer une analyse détaillée de la littératie en santé du client (Paasche-Orlow et Wolf, 2007).

Puisque bon nombre de clients se fient exclusivement à des instructions verbales, l'approche de précautions universelles de la littératie en santé comprend l'utilisation d'une communication claire lors de chaque rencontre avec le client. Un essai comparatif randomisé effectué par Rothman et al. (2004) a permis d'identifier plusieurs mesures stratégiques pour assurer une communication claire :

1. Réduire la complexité de l'information fournie (communication sur la santé claire);
2. Utiliser des exemples concrets pendant les séances d'apprentissage;
3. Limiter le nombre de sujets couverts lors d'une même séance;
4. Éviter le jargon (médical);
5. Utiliser la technique d'« explication » pour assurer la compréhension (voir la recommandation 8); et
6. Mettre l'accent sur des comportements essentiels choisis.

(Rothman et al., 2004, p. 1715.)

ENCADRÉ SUR LA MISE EN PRATIQUE

En tant que membres d'un partenariat, les infirmières font correspondre leur vocabulaire à celui de leur client : en ralentissant; en utilisant moins de jargon médical et davantage de mots de tous les jours; et en ciblant un petit nombre de points clés (trois ou moins) lors de la rencontre de formation (Sudore et Schillinger, 2009). De plus, les infirmières doivent s'assurer que le client comprend et dissiper toute idée fausse de façon stratégique avec les clients pendant une rencontre d'apprentissage, afin de s'assurer que la compréhension est évidente.

Veillez consulter **l'annexe E** pour obtenir des ressources supplémentaires sur une approche de précautions universelles de la littératie en santé.

RECOMMANDATION 3 :

Évaluer les besoins du client en matière d'apprentissage.

Niveau de données probantes = 1a

Discussion des données probantes**Q : Pourquoi une infirmière doit-elle évaluer les besoins du client en matière d'apprentissage lorsqu'elle planifie la facilitation de l'apprentissage?**

R : Le défi d'élaborer une conception de l'éducation adaptée et fondée sur les faits commence par l'évaluation des déterminants sociaux de la santé pertinents et se poursuit avec l'évaluation des besoins du client en matière d'apprentissage et de ses caractéristiques, par exemple les expériences de la vie et l'autodétermination. Les ouvrages indiquent que les besoins et les préférences du client en matière d'apprentissage ne sont pas toujours pris en considération lors de l'élaboration de méthodes ou de programmes d'enseignement (Trento et al., 2004). L'évaluation du client avant de donner l'information jette les bases qui permettront au client de participer au processus de réception et de compréhension de l'information qui lui est présentée,

ENCADRÉ SUR LA MISE EN PRATIQUE

La première évaluation permet de déterminer les caractéristiques du client, notamment :

- son niveau d'études;
- son sexe;
- son âge;
- ses antécédents culturels;
- la langue qu'il parle;
- ses préférences religieuses;
- la façon dont les décisions sont prises au sein de sa famille; et
- ses pratiques en matière de santé et ses convictions concernant les soins médicaux.

(Deyirmenjian, Karam, et Salameh, 2006; Fredericks, 2009a)

L'évaluation des besoins du client en matière d'apprentissage nécessite que les infirmières reconnaissent et comprennent que les besoins en matière d'apprentissage sont uniques à la situation de chaque client. L'accent doit être mis sur le client et pas sur le problème de santé. L'infirmière et le client doivent négocier une entente mutuelle concernant les idées préconçues du client relatives à la nature du problème et aux solutions possibles (Kinnersley et al., 2007). Selon un examen systématique effectué par Fredericks (2009), le client doit participer activement à la déclaration de ses besoins en matière d'apprentissage, en plus de déterminer l'information qui est importante pour sa situation particulière. Les caractéristiques et les expériences personnelles du client l'aident à déterminer tant le niveau d'importance de ses besoins en matière d'apprentissage que leur nature exacte (Deyirmenjian et al., 2006; Fredericks, 2009a). De plus, le client doit être prêt sur le plan psychologique afin de déterminer tant ses besoins perçus en matière d'apprentissage que l'enseignement proposé (Deyirmenjian et al., 2006).

Pour déterminer si le client est prêt sur le plan psychologique, l'infirmière peut évaluer son niveau d'anxiété et s'assurer qu'il est en mesure de déterminer ses propres besoins en matière d'apprentissage et le niveau d'importance d'un sujet en particulier. S'il est que le niveau d'anxiété du client constitue un obstacle à sa participation active au processus de formation, des interventions doivent être effectuées pour réduire le niveau d'anxiété (Deyirmenjian et al., 2006; Fredericks, 2009a).

Q : Pourquoi est-il important de comprendre les préférences du client en matière d'apprentissage lors de l'évaluation de ses besoins en matière d'apprentissage?

R : Les clients ont différentes préférences en matière d'apprentissage qui ne correspondent pas nécessairement à celles de l'infirmière, et chaque client doit avoir la possibilité d'apprendre de la façon qu'il préfère. Les études ont démontré que les clients ont exprimé des préoccupations quant à la quantité et à la qualité des informations que leur donnent les infirmières. Les clients ont indiqué que soit ils ne recevaient pas suffisamment d'information, soit l'information qu'ils recevaient ne satisfaisait pas leurs besoins perçus en matière d'apprentissage (Kinnersley et al., 2007). De plus, il apparaît que les professionnels de la santé ont tendance à sous-estimer les besoins du client en matière d'information (Kinnersley et al., 2007). Les infirmières doivent s'entendre avec les clients concernant leurs besoins perçus en matière d'apprentissage et adapter la séance d'apprentissage en conséquence. Pour que le client devienne un partenaire autonome dans l'apprentissage, l'infirmière doit encourager le client à déterminer ce qu'il est important pour lui d'apprendre à ce moment-là (Fredericks, 2009a). L'infirmière doit appuyer la décision du client concernant ce qu'il est important d'apprendre pendant la séance d'apprentissage.

Q : Comment une infirmière peut-elle déterminer les différentes préférences en matière d'apprentissage?

R : L'établissement d'une relation de partenariat thérapeutique permet à l'infirmière de collaborer directement avec le client et de comprendre ses préférences en matière d'apprentissage. L'infirmière peut :

- demander au client comment il préfère apprendre;
- inviter le client à envisager différentes options qui peuvent être fournies, par exemple le dialogue, la consultation de pamphlets/d'affiches ensemble, l'apprentissage autodidacte sur Internet, le visionnement de vidéos ou de films, la présence à des séances ou des groupes d'entraide d'information sur la santé et un aiguillage vers des groupes d'entraide en santé dans la communauté; et
- acquérir des compétences en facilitation pour appuyer l'apprentissage axé sur les besoins du client.

(Fredericks, 2009b)

Les infirmières doivent mettre l'accent sur l'adaptation de leur message en fonction du client (voir la recommandation 4), sur la vérification de la compréhension (voir la recommandation 8) et sur leur capacité à exercer les compétences requises, c.-à-d. l'approche de précautions universelles de la littératie en santé.

RECOMMANDATION 4 :

Adapter l'approche et la conception de la formation en collaborant avec le client et avec l'équipe pluridisciplinaire.

Niveau de données probantes = 1a

Discussion des données probantes

Q : Quel est le rôle de l'infirmière dans le cadre de la collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et le client?

R : Les infirmières doivent avoir de solides compétences en facilitation (Fredericks, 2009b) et travailler en collaboration avec les clients et les membres de l'équipe pluridisciplinaire afin de s'assurer qu'ils possèdent les connaissances les plus récentes sur le client, les préférences de celui-ci en matière d'apprentissage, les rôles et les responsabilités des collègues au sein de l'équipe pluridisciplinaire, et qu'ils travaillent en collaboration pour assurer la facilitation la plus efficace possible pour le client.

L'infirmière et le client établissent des objectifs en collaboration afin d'appuyer l'autogestion (RNAO, 2010). Selon un examen systématique effectué par Costner et Norman (2009), lorsque l'infirmière planifie des séances d'apprentissage structurées, elle collabore avec les membres pertinents de l'équipe pluridisciplinaire et avec le client, et elle tient compte de la nature de la matière, des caractéristiques du client, de la manière dont le client évalue les pairs, et de la possibilité de tenir une séance de formation en groupe.

ENCADRÉ SUR LA MISE EN PRATIQUE

Exemple n° 1 :

Le programme pour la petite enfance de votre communauté propose un programme hebdomadaire de collation et de bavardage pour les parents et leurs enfants de 0 à 6 ans, avec l'infirmière communautaire. Dans le cadre de ce groupe de participants variés, l'infirmière prend le temps de se concentrer sur la facilitation de l'apprentissage des clients en travaillant en partenariat avec le groupe pour choisir des sujets et des présentateurs pour les discussions hebdomadaires. De plus, lors de la planification de chaque séance, l'infirmière inclut des documents d'information et de conception de la formation qui sont adaptés au contenu et au contexte des sujets, afin de favoriser et de faciliter la compréhension et l'apprentissage du développement des enfants en santé ou de maladies ou des blessures courantes de l'enfance.

Exemple n° 2 :

Pendant une visite de prévention pour enfants en santé au centre de santé communautaire, l'infirmière de soins primaires cible l'interaction sur la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client en présentant au client des aide-mémoire ou des images sur différents sujets et en laissant le client choisir le sujet dont il souhaite discuter ou sur lequel il a besoin d'information ou de ressources au moment présent ou lors d'une visite ultérieure. Cela permet au client de guider l'apprentissage et l'adaptation des ressources et de l'information en fonction de sa situation particulière.

RECOMMANDATION 5 :

Utiliser des approches plus structurées et plus intentionnelles lors de la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client.

Niveau de données probantes = 1a

Discussion des données probantes

Q : Pourquoi les infirmières sont-elles encouragées à adopter des approches plus structurées et plus intentionnelles lors de la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client?

R : Les données probantes justifient clairement l'adoption d'approches structurées de la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client, car elles permettent réellement d'obtenir des résultats sur la santé positifs pour le client (McGillion et al., 2008).

Q : Existe-t-il des approches spécifiques qui devraient être adoptées lors de la planification d'activités d'apprentissage avec les clients?

R : Les approches intentionnelles et structurées sont celles qui appuient le mieux l'apprentissage du client (McGillion et al., 2008). Aucune donnée probante claire ne permet de justifier ou de réfuter les avantages de parler au client de façon informelle. Les infirmières sont encouragées à anticiper les besoins de leurs clients en matière d'apprentissage et à planifier des approches structurées et intentionnelles qui permettront de répondre à ces besoins.

Q : En quoi consistent les « approches structurées » de la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client?

R : L'apprentissage structuré n'est pas un dialogue spontané, qui a lieu sur le moment; il n'est pas non plus la réponse rapide à la question d'un client. Les composantes communes de l'apprentissage structuré sont les suivantes :

- l'apprentissage est identifié comme un besoin par le client;
- le client participe à la création d'un plan structuré en collaboration avec l'infirmière et il a son mot à dire quant à son contenu;
- l'infirmière est bien préparée au rôle de facilitatrice, et elle se sent compétente et confiante pour faciliter l'apprentissage du client;
- la facilitation a lieu sur une période plus ou moins longue, avec plus d'une interaction;
- la compréhension du client est évaluée; et
- la facilitation structurée est suivie d'une période de réflexion profonde de la part de l'infirmière.

(Fan et Sidani, 2009).

Il existe de nombreux exemples d'approches structurées de l'apprentissage qui sont efficaces. Une méta-analyse effectuée par Fan et Sidani (2009) s'est penchée sur l'efficacité d'éléments d'une intervention de formation sur l'autogestion du diabète, en indiquant que les méthodes d'enseignement ont changé, passant de [traduction] « présentations didactiques à des programmes mixtes avec des éléments didactiques et des éléments d'interaction entre le patient et le prestataire de soins, qui facilitent la participation active des patients » (Fan et Sidani, 2009, p. 24). Cette méta-analyse a permis de préciser les faits suivants :

- l'enseignement mixte s'est avéré plus efficace que les présentations didactiques;
- les interventions face à face étaient les plus efficaces pour « améliorer les connaissances et le contrôle métabolique » (Fan et Sidani, 2009, p. 24);
- le contact téléphonique a été utilisé de façon efficace dans certaines études, car il permettait de surmonter certains obstacles et était « commode, simple et moins coûteux » (Fan et Sidani, 2009, p. 24);
- la durée était importante, un nombre élevé de séances sur une période plus longue ayant le plus grand impact sur les connaissances et le contrôle du métabolisme, mais pas pour les comportements d'autogestion; et
- les séances de rappel permettaient d'augmenter l'efficacité (Fan et Sidani, 2009).

ENCADRÉ SUR LA MISE EN PRATIQUE

Exemples d'approches structurées pour les individus :

- Dialogue entre l'infirmière et le client, accompagné d'information écrite qui est claire, brève et répétitive (Fernandez, Evans, Griffiths et Mostacchi, 2006);
- Remise d'information écrite et verbale et période de 5 minutes pendant laquelle le client peut poser des questions à l'infirmière ou au médecin (Herschorn, Becker, Miller, Thompson et Forte, 2004);
- Utilisation d'un tableau papier sur lequel figurent les principaux points et des images qui illustrent le défi en matière de santé; feuilles de renseignements personnalisées pour le client placées à un endroit bien en vue dans la maison; information donnée dans un endroit tranquille dans le cadre d'une séance courte; tête à tête entre l'infirmière et le client (McKinley et al., 2009); et
- une série de 7 séances de formation d'une durée de 2 heures chacune toutes les 2 semaines, comprenant des exercices d'entraînement en force musculaire et des techniques d'autogestion (Rooks et al., 2007).

Exemples d'approches structurées pour les groupes :

- Une évaluation de la compréhension du client et le renforcement de celle-ci sur cinq séances en groupe, plus un suivi au bout de six mois (Hermanns, Kulzer, Kubiak, Krichbaum et Haak, 2007);
- Un programme psychopédagogique normalisé sur six semaines, avec des séances de deux heures par semaine, donné par une infirmière autorisée à un groupe, dans une salle de classe confortable, auquel les participants peuvent assister pendant le jour ou le soir et sont encouragés à être accompagnés d'un membre de la famille ou d'un ami (McGillion et al., 2008); et
- Un programme d'enseignement structuré sur 5 jours (Tankova, Dakovska et Koev, 2004).

Q : Qu'est-ce que tout cela signifie pour les infirmières sur le lieu de soins, qui prennent soin des patients de façon individuelle, principalement dans des postes d'infirmière soignante?

R : Les infirmières sur le lieu de soins, comme celles qui pratiquent dans des établissements de soins actifs, des soins à domicile, la santé publique, des centres de santé communautaires, des établissements de soins de longue durée, des centres de soins ambulatoires, ainsi que les infirmières qui sont travailleuses autonomes, continueront de s'assurer qu'elles possèdent les connaissances, les compétences, les attitudes et le jugement requis pour faciliter l'apprentissage individuel ou en groupe des clients dans le cadre de leur pratique professionnelle. Une grande partie de leur facilitation peut rester informelle ou être constituée de « moments propices à l'apprentissage » informels; toutefois, les infirmières sont encouragées à essayer d'adopter des approches plus structurées de la facilitation de l'apprentissage dans les établissements où elles travaillent.

Q : Comment les infirmières peuvent-elles passer à des approches plus structurées de la facilitation de l'apprentissage dans le cadre de leur pratique professionnelle?

R : Guidées par le constructivisme social, les infirmières sont encouragées à créer une « communauté d'apprentissage » dans leur établissement pour relever ce défi. Collectivement, les infirmières, les membres de l'équipe pluridisciplinaire et les clients peuvent tenir compte du contexte local, des besoins du client et des ressources disponibles. Ensuite, envisagez des possibilités ou des options pour faire passer la pratique des soins infirmiers à des approches plus structurées ou intentionnelles pour faciliter l'apprentissage du client. Commencez en apportant de petits changements et créez un plan qui permettra d'évaluer les réactions du client. N'oubliez pas l'importance de la mise en œuvre d'une approche de précautions universelles pour appuyer la littératie en santé et incorporez une combinaison de stratégies de l'éducation pour favoriser l'apprentissage efficace et une meilleure santé. Veuillez consulter la recommandation 7 pour obtenir des stratégies de l'éducation multimodales.



ENCADRÉ SUR LA MISE EN PRATIQUE	
Action	Justification
Sur un étage occupé, les infirmières s'entendent pour consacrer cinq minutes de leurs soins pour appuyer l'apprentissage des clients vers le milieu de l'avant-midi, trois avant-midis de suite.	Enseignement ad hoc rendu plus intentionnel.
Pendant leurs soins en avant-midi, avant la séance d'apprentissage, les infirmières, en partenariat avec le client, déterminent les sujets qui seront abordés ce jour-là et décident de l'heure de la séance d'apprentissage.	Le partenariat avec le client et l'identification de l'apprentissage qui aura lieu permettent tant à l'infirmière qu'au client de se préparer pour la séance.
Avant la séance d'apprentissage, les infirmières recueillent des ressources supplémentaires qui leur permettront d'appuyer l'apprentissage du client (p. ex., ressources multimédias, livrets ou pamphlets, affiches ou diagrammes, etc.).	Le recours au matériel didactique, aux ressources multimédias et aux livrets didactiques permet d'améliorer l'apprentissage du client. Le renvoi de clients à des ressources Internet et communautaires valides permet d'appuyer l'apprentissage continu du client dans la communauté.
Pendant la séance d'apprentissage, les infirmières impliquent le client en fournissant plusieurs occasions de demander des précisions, de poser des questions et de mettre l'apprentissage en pratique.	La vérification de la compréhension permet aux infirmières de s'assurer qu'elles ont présenté la matière ou démontré la compétence clairement et d'une manière qui permet au client d'utiliser l'information de façon efficace.
Après les séances, les infirmières documentent la matière couverte, les réactions du client, ce que le client a maîtrisé, les domaines dans lesquels un renforcement ou un apprentissage supplémentaire est nécessaire, ainsi que toute difficulté observée ou les techniques/stratégies qui se sont avérées efficaces.	La documentation des détails de la séance permet aux autres professionnels de la santé d'appuyer et de renforcer la matière nouvellement apprise et d'aborder les lacunes et les difficultés, le cas échéant.
Les infirmières partagent mutuellement leurs expériences et découvrent que leurs clients avaient les mêmes besoins en matière d'apprentissage. Elles discutent de la possibilité de séances en groupe à l'avenir.	Le passage à une facilitation en groupe permettrait d'utiliser les ressources rares à meilleur escient.

Q : Quels résultats sur la santé ou changements de comportement positifs ont été observés avec les approches structurées de la facilitation?

R : Plusieurs résultats sur la santé et changements de comportements positifs ont été identifiés dans les ouvrages. Le tableau 2 présente ces résultats sur la santé.

Tableau 2 : Résultats sur la santé associés à des approches structurées de la facilitation

Catégorie	Résultat
Santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> • Gains à court terme de connaissances pour les consommateurs de services de santé mentale (Fernandez et al., 2006) • Amélioration des connaissances, mais pas nécessairement des résultats sur la santé, chez les consommateurs de services de santé mentale qui reçoivent des médicaments psychotropes (Fernandez et al., 2006) • Réduction de la dépression et amélioration de l'efficacité des soins autoadministrés chez des patients atteints d'insuffisance rénale en phase terminale (Tsay et Hung, 2004) • Amélioration de la préparation psychologique pour l'adhésion réussie aux médicaments pour le VIH et réduction de la dépression (Balfour et al., 2006) • Autoperception positive chez les clients qui ont une vessie hyperactive (Herschorn et al., 2004)
Diabète	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement des problèmes d'hypoglycémie (Hermanns et al., 2007)
	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la maîtrise du diabète et des connaissances et réduction du besoin de prendre des médicaments contre le diabète (Deakin, McShane, Cade et Williams, 2005) • Progression lente des séquelles cardiovasculaires et microvasculaires chez les personnes atteintes de diabète de type 2 (Rachmani, Slavachevski, Berla, Frommer-Shapira et Ravid, 2005) • Soins améliorés des personnes atteintes de diabète de type 2 (Loveman, Frampton, et Clegg, 2008) • Bien-être amélioré un an après la séance de formation chez les clients atteints de diabète de type 1, y compris un meilleur contrôle de la glycémie, une réduction de la dépression et de l'anxiété, et une amélioration du bien-être positif (Tankova et al., 2004) • Amélioration de l'apprentissage, de la résolution de problèmes et de la qualité de vie chez des personnes atteintes de diabète de type 2 pris en charge dans le cadre de soins collectifs (Trento et al., 2004) • Amélioration du contrôle du métabolisme et des compétences d'autogestion chez les clients âgés atteints de diabète (Braun et al., 2009)
Douleur	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorations à court terme de la qualité de vie liée à la santé et à l'autoefficacité, y compris stabilité des symptômes de douleur chez les clients atteints d'angine de poitrine (McGillion et al., 2008) • Prise en charge de la douleur améliorée chez les patients ayant des problèmes psychosociaux concomitants (Ahles et al., 2006) • Prise en charge de la douleur cancéreuse améliorée dans les établissements de soins ambulatoires (Yates et al., 2004)

Maladies cardiaques	<ul style="list-style-type: none"> • Traitement plus rapide du syndrome coronarien aigu (SCA) chez les patients atteints de coronaropathie et augmentation considérable des connaissances, des attitudes et des convictions sur le SCA (McKinley et al., 2009) • Meilleure qualité de vie chez les hommes et connaissances accrues chez les hommes et les femmes atteints d'insuffisance cardiaque chronique (Stromberg, Dahlstrom et Fridlund, 2006) • Autogestion améliorée chez les clients atteints d'insuffisance cardiaque (Kline, Scott, et Britton, 2007)
Médicaments	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure adhésion aux médicaments antirétroviraux (Reynolds et al., 2008) • Meilleur contrôle sur les soins de santé des clients adultes ayant subi une intervention chirurgicale, et meilleure adhésion à la pharmacothérapie (Suhonen et Leino-Kilpi, 2006)
Asthme	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure autorégulation chez les femmes atteintes d'asthme, spécifiquement réduction annuelle du nombre de nuits où des symptômes d'asthme sont présents (Clark et al., 2007)
Connaissances	<ul style="list-style-type: none"> • Amélioration des connaissances, des attitudes et de convictions concernant les réactions aux symptômes d'infarctus du myocarde aigu (Buckley et al., 2007) • Amélioration des connaissances relatives aux médicaments et meilleures perspectives sur la maladie (Fernandez et al., 2006) • Amélioration des connaissances, du raisonnement et de la prise de décisions lors de situations d'urgence chez les clients atteints d'asthme (Magar et al., 2005) • Amélioration de l'éducation en santé des clients dans les services des urgences (Szpiro, Harrison, Van Den Kerkhof et Lougheed, 2008) • Amélioration des connaissances sur l'ostéoporose (Nielsen et al., 2008)
Autre	<ul style="list-style-type: none"> • Autogestion chez les femmes atteintes de fibromyalgie (Rooks et al., 2007) • Réduction de l'anémie liée aux hémorragies après l'accouchement et au décès pendant la grossesse chez les Népalaises (Adhikari, Liabsuetrakul, et Pradhan, 2009) • Amélioration de l'allaitement des bébés prématurés en Égypte (Ahmed, 2008)

RECOMMANDATION 6 :

Avoir recours au langage clair, à des images et à des illustrations pour favoriser la littératie en santé.

Niveau de données probantes = 1a

Discussion des données probantes

Q : En quoi consiste le langage clair?

R : Dans les ouvrages, les termes « langage clair » et « langage simple » sont souvent utilisés comme synonymes. Il s'agit de la fondation de la communication claire. Le langage clair est une façon d'écrire l'information afin qu'elle soit facile à lire, à comprendre et utiliser pour la plupart des gens. Souvent, les clients qui ont une littératie en santé inadéquate dépendent fortement de la communication verbale (Sudore et Schillinger, 2009). Il est important pour les cliniciens d'éviter le jargon et d'utiliser un langage clair ou « de tous les jours » (Sudore et Schillinger, 2009). Dans le cadre d'une communication réussie, il faut essayer d'utiliser un vocabulaire correspondant à celui du client (par exemple, en parlant de crise cardiaque et non d'infarctus du myocarde), en établissant la priorité des messages clés, et en limitant les messages à trois points clés.

Q : Comment les photos et les illustrations peuvent-elles favoriser la littératie en santé?

R : Les aides illustrées améliorent le rappel, la compréhension et l'adhésion chez les clients qui ont un faible niveau de littératie; elles sont particulièrement utiles pour transmettre le moment de prendre les doses de médicaments et l'importance de suivre un traitement jusqu'au bout, et elles peuvent également aider à réduire les erreurs relatives aux médicaments et les effets indésirables (Katz, Kripalani et Weiss, 2006; Kripalani et al., 2007; Yates et al., 2005). De plus, les aides illustrées améliorent la compréhension du client de la manière dont les médicaments doivent être pris, et elles ont entraîné une satisfaction accrue, particulièrement lorsque les images sont utilisées en combinaison avec des instructions écrites ou verbales (Katz et al., 2006).

Les clients ont indiqué que les images étaient surtout utiles pour obtenir de l'information sur le nom et la dose quotidienne d'un médicament, ainsi qu'aux moments de le prendre, mais ils les ont trouvées moins utiles pour illustrer les interactions entre les médicaments (Katz et al., 2006). Kripalani, Yao, et Haynes (2007) ont découvert que les clients qui utilisaient des aides illustrées avaient tendance à être plus efficaces lors de la prise de médicaments. Veuillez consulter la recommandation n° 7 pour obtenir des stratégies multimodales efficaces.

Q : L'interprétation des illustrations est-elle plus difficile pour certaines populations?

R : L'interprétation des illustrations est peut-être plus difficile pour les adultes plus âgés, comme l'ont découvert Liu, Kemper et McDowd (2009); dans cette étude, les adultes plus âgés ont obtenu de meilleurs résultats en matière de reconnaissance des mots, mais de moins bons résultats relatifs au matériel illustré. En mesurant les mouvements des yeux, les chercheurs ont indiqué que les adultes plus âgés passaient plus de temps à lire les illustrations que leurs homologues plus jeunes; toutefois, ils comprenaient moins bien ces illustrations.

Veuillez consulter **l'annexe E** pour obtenir des ressources qui pourraient s'avérer utiles pour le langage clair, les images et les illustrations.

RECOMMANDATION 7 :

Avoir recours à une combinaison de stratégies de l'éducation pour un apprentissage efficace :

1. Documents imprimés
2. Téléphone
3. Cassettes audio
4. Vidéo
5. Technologie informatisée et présentations multimédias.

Niveau de données probantes = 1a

Discussion des données probantes

Q : Les stratégies multimodales sont-elles une approche efficace de l'apprentissage axé sur les besoins du client?

R : Les avantages de la combinaison des approches sont bien documentés (Action Cancer Ontario [ACO], 2009), mais la facilitatrice doit alors adapter ces approches à plusieurs volets afin de répondre aux besoins et aux préférences du client en matière d'apprentissage.

Veillez consulter **l'annexe E** pour obtenir des ressources qui expliquent la combinaison de stratégies de formation pour un apprentissage efficace.

1. Documents imprimés

Q : Les documents imprimés, comme les livrets ou les pamphlets, peuvent-ils faciliter l'apprentissage du client?

R : Les documents écrits constituent des stratégies de formation du client efficaces en ce qui concerne la satisfaction et le rappel de l'information; l'information écrite, sous la forme de trousse ou de livrets d'information des clients, peut améliorer la connaissance des clients et réduire la confusion (ACO, 2009).

Les documents imprimés peuvent faciliter l'apprentissage du client lorsqu'ils sont utilisés soit seuls, soit conjointement avec d'autres sources; dans certains cas, ils peuvent même être supérieurs aux méthodes qui ont recours à la technologie. Les livrets sur les interventions qui sont conçus pour encourager un mode de vie sain peuvent être appliqués avec succès à des établissements hospitaliers; de plus, ils peuvent déclencher des changements cognitifs et comportementaux et encourager l'action en encourageant le client à se fixer des objectifs (Kelley et Abraham, 2004). Yildirim, Cicek et Uyar (2009) ont découvert qu'un programme de formation pour les clients en oncologie qui comprenait un pamphlet et un diaporama était plus efficace qu'un diaporama à lui seul. Kroeze, Oenema, Campbell et Brug (2008) ont découvert que les documents imprimés étaient utilisés davantage par les clients que le matériel identique présenté sur cédérom.

Q : Comment les documents imprimés peuvent-ils être adaptés à des clients qui ont des problèmes spécifiques en matière de littératie, par exemple ceux dont l'anglais est une langue seconde?

R : Dans une étude effectuée par Yin et ses collaborateurs (2008), l'utilisation de pictogrammes a permis de réduire les erreurs posologiques et d'améliorer l'adhésion au traitement chez les parents et les fournisseurs de soins multiethniques et dont le statut socioéconomique est peu élevé, qui s'occupaient d'enfants à qui des médicaments liquides avaient été prescrits. Les illustrations qui renforçaient l'information écrite et attiraient l'attention sur celle-ci étaient particulièrement utiles pour les clients qui avaient un faible niveau de littératie (Hartman, Bena, McIntyre et Albert, 2009).

2. Téléphone

Q : Comment les interventions par téléphone peuvent-elles être comparées aux interactions en personne?

R : Dans une étude effectuée par Jansa et ses collaborateurs (2006), un suivi intensif par télésoins chez des clients atteints de diabète de type 1 s'est avéré comparable à un suivi en personne ou même meilleur, offrant des économies de coûts potentielles et des rendez-vous plus courts. Lors d'une étude effectuée auprès d'un échantillon d'adultes d'âge moyen ou plus âgés dans la communauté, l'utilisation d'un système automatisé a permis d'obtenir des résultats semblables, mais de durée limitée. Le système automatisé a permis de réaliser une augmentation importante de l'activité physique comparable à celle obtenue par des éducateurs en santé formés au bout de 6 mois. Toutefois, après 12 mois, l'efficacité du système automatisé semblait réduite par rapport aux conseils donnés par des humains (King et al., 2007).

3. Cassettes audio

Q : Quels sont les avantages des technologies audio pour augmenter les connaissances des clients et leur adhésion aux lignes directrices en matière de soins autoadministrés?

R : L'utilisation de cassettes audio peut améliorer la formation des clients et augmenter leur empressement à manifester des comportements appropriés en matière de soins autoadministrés, tout en maintenant le rapport coût-efficacité. Un examen systématique de l'utilisation de cassettes audio pour la formation des clients a conclu qu'en général, leur utilisation lors des consultations avec les clients permettait d'augmenter les connaissances des clients, mais que cette augmentation ne durait pas toujours (Santo, Laizner et Shohet, 2005). L'information est à son plus efficace lorsqu'elle est adaptée à la situation spécifique, qu'elle respecte les normes de la littératie en santé et qu'elle n'accable pas le client (Santo et al., 2005; Williams et Schreier, 2004, 2005).

Les cassettes audio pouvant être comprises par une personne qui a fait une cinquième année ont été utilisées avec succès pour augmenter les comportements relatifs aux soins autoadministrés chez des femmes qui subissaient une chimiothérapie (Williams et Schreier, 2004). Dans le cadre de cette étude, les clients qui utilisaient des cassettes audio adoptaient des comportements efficaces relativement aux soins autoadministrés, déclaraient que leurs symptômes s'étaient améliorés et présentaient un niveau d'anxiété réduit par rapport au groupe de contrôle.

Goepfinger et ses collaborateurs (2009) ont étudié des clients atteints de différents troubles arthritiques et ont démontré l'utilité des documents de formation du client qui avaient une composante audio et une composante visuelle pour l'amélioration de l'état de santé, le comportement et les variables relatives à l'autoefficacité. Des cassettes audio contenant une formation spécifique à l'intention des clients, qui sont envoyées à ceux-ci par la poste, peuvent être utiles pour les établissements dont les ressources financières ou programmatiques pour la diffusion sont limitées (Goepfinger et al., 2009).

De multiples formes de technologies audio plus nouvelles sont maintenant disponibles. Les ouvrages examinés dans le cadre de cette ligne directrice n'identifiaient aucune de ces technologies.

4. Vidéo

Q : L'enseignement vidéo permet-il d'appuyer l'apprentissage?

R : L'enseignement vidéo peut offrir bon nombre des avantages de la formation sur ordinateur, comme la satisfaction accrue des clients et la capacité à adapter l'information pour mieux servir ceux qui ont des difficultés en matière de littératie. La vidéo peut également aider les clients à se rappeler et à déclarer les effets secondaires du traitement. Lors d'une étude auprès de personnes atteintes de cancer, dont les participants ont été affectés aléatoirement au groupe qui recevait la formation standard pré-chimiothérapie ou au groupe qui recevait la formation standard plus une vidéo, le groupe ayant reçu la vidéo avait tendance à mieux se rappeler l'information concernant la prise en charge des effets secondaires de la chimiothérapie et la déclaration des symptômes liés au traitement (Kinnane, Stuart, Thompson, Evans et Schneider-Kolsky, 2008). Le recours à une vidéo d'information dans les départements de cardiologie était fortement à recommander comme instrument permettant de réduire les niveaux d'anxiété et d'augmenter considérablement le niveau de satisfaction (Ruffinengo, Versino et Renga, 2009). Pour terminer, les vidéos d'animation élaborées afin d'être comprises par une personne qui a terminé sa sixième année permettaient la conservation à long terme des connaissances, par rapport à l'utilisation d'un pamphlet à lui seul (Schnellinger et al., 2010).

5. Technologie informatisée et présentations multimédias

Q : L'apprentissage sur ordinateur est-il un outil efficace pour la formation du client dans le cadre de l'apprentissage axé sur les besoins du client?

R : Oui, les interventions sur ordinateur peuvent s'avérer remarquablement efficaces pour la formation des clients, car elles permettent d'augmenter la conservation des connaissances et d'améliorer la possibilité que les lignes directrices soient suivies. Marsch et Bickel (2004) ont comparé une formation donnée sur ordinateur à une formation sur le VIH/sida donnée par des thérapeutes à des utilisateurs de drogues injectables. L'enquête a révélé que les participants qui ont suivi l'intervention sur ordinateur avaient appris beaucoup plus d'information sur la prévention du VIH, se rappelaient beaucoup plus d'information lors d'un suivi après trois mois, aimaient beaucoup plus la forme d'apprentissage et avaient demandé des renseignements supplémentaires sur le VIH/sida à la fin de l'intervention beaucoup plus souvent que le groupe de comparaison (Marsch et Bickel, 2004).

Lors d'un essai comparatif randomisé, un programme de formation multimédia s'est avéré aussi efficace que la consultation habituelle avec l'infirmière pour renseigner les clients au sujet de la recherche de sang occulte dans les selles et pour obtenir une adhésion au dépistage du sang occulte dans les selles (Miller, Kimberly, Case et Wofford, 2005). Un examen d'essais comparatifs randomisés qui évaluaient les effets d'outils multimédias (sur ordinateur ou sur vidéo) pour améliorer la connaissance de l'évaluation ou de la prise en charge médicale chez les clients ou les fournisseurs de soins a révélé que près des deux tiers des études (23 sur 37) indiquaient que le matériel didactique multimédia aidait les clients à mieux comprendre l'information que les méthodes traditionnelles (Jeste, Dunn, Folsom et Zisook, 2008). De même, d'autres études ont indiqué des augmentations considérables des connaissances des clients et de leur compréhension de leur état, après l'utilisation de logiciels interactifs (Meyer, Fasshauer, Nebel et Paschke, 2004) et d'outils multimédias interactifs (Leung et al., 2004; Linne et Liedholm, 2006).

Q : Quelles améliorations peuvent être apportées à la manière de fournir les informations par ordinateur?

R : Une amélioration importante consiste à adapter l'information présentée sur ordinateur en fonction des besoins du client; il apparaît que cela pourrait produire de meilleurs résultats sur la santé et aider les clients à adopter un mode de vie plus sain. Lors d'une étude effectuée auprès de personnes atteintes de diabète, des interventions sur Internet se sont avérées efficaces pour augmenter les niveaux d'activité physique et pour améliorer le contrôle de la glycémie. Les participants ont également déclaré leur satisfaction avec le programme d'intervention, satisfaction qu'ils ont attribuée à la nature spécifique et sélective l'information individualisée qu'ils recevaient (Kim et Kang, 2006).

Lors d'un examen de 30 études qui utilisaient des interventions sur ordinateur adaptées pour changer les comportements relatifs à l'activité physique et à l'alimentation, la majorité des études appuyaient fortement l'utilisation de telles interventions pour favoriser l'adoption d'une alimentation saine (Kroeze, Werkman, et Brug, 2006). Trois des onze études sur les activités physiques étudiées et 20 des 26 études sur l'alimentation ont découvert que les interventions adoptées avaient généré des effets très positifs (Kroeze et al., 2006).

Q : En quoi le recours à l'enseignement sur ordinateur modifie-t-il l'interaction entre les clients et les professionnels de la santé?

R : Le recours à des interventions électroniques semble améliorer la communication entre les clients et les professionnels de la santé, plutôt que la détériorer. Plusieurs études ont indiqué une amélioration modérée des résultats de la relation entre le client et le médecin grâce à des technologies informatisées, y compris :

- une meilleure communication (Jeste et al., 2008; Keulers, Welters, Spauwen et Houpt, 2007);
- une meilleure compréhension de l'information sur la santé par les clients (Jeste et al., 2008; Keulers et al., 2007);
- un engagement actif du client vis-à-vis du maintien de sa santé (Jeste et al., 2008); et
- une réaction positive aux défis en matière de santé (Kirsch et Lewis, 2004).

D'autres études ont démontré que la formation sur ordinateur des clients avant une visite clinique pouvait entraîner une utilisation plus efficace du temps clinique et une prise de décisions partagée (Keulers et al., 2007; Kim et Kang, 2006; Kim, Yoo et Shim, 2005).

Q : Qu'en est-il des clients qui ont peu d'expérience avec les ordinateurs ou d'autres technologies?

R : Les logiciels qui respectent la gamme de compétences techniques du client ne diminuent pas les avantages de l'éducation informatisée. Un examen de l'utilisation de logiciels pour la formation de clients atteints de coronaropathie a constaté même lorsque les clients n'avaient aucune expérience précédente avec l'ordinateur ou étaient des personnes âgées, les logiciels étaient faciles à utiliser, obtenaient un niveau de satisfaction élevé de la part des clients et entraînaient une augmentation considérable des connaissances par rapport à la formation standard. Ces connaissances restaient élevées, même lors du suivi après 6 mois (Beranova et Sykes, 2007). Une fois encore, l'amélioration de l'éducation peut être encore meilleure lorsque les programmes d'enseignement sur ordinateur sont adaptés non seulement aux besoins des clients, mais également à leurs compétences, comme l'indique une étude effectuée auprès de personnes atteintes de diabète qui mesurait l'effet de l'enseignement informatisé sur le contrôle de la glycémie (Nebel et al., 2004).

Q : Les présentations multimédias peuvent-elles aider les personnes qui ont des problèmes de littératie?

R : Il apparaît que la technologie informatique (mettant l'accent sur la littératie en santé) permettait d'améliorer les résultats chez les clients dont le niveau de littératie est peu élevé. Lors d'un essai comparatif randomisé auprès de clients ayant suivi la formation, qui avaient un niveau de littératie peu élevé et qui recevaient des renseignements préalables au test de VIH, le visionnement d'une vidéo sur une tablette (où l'information était adaptée à leurs niveaux de littératie peu élevés) s'est avéré un substitut acceptable aux renseignements préalables au test fournis par un conseiller en test de VIH (Merchant et al., 2009). Lors d'une autre étude, un programme de formation multimédia des clients sur le dépistage du cancer colorectal, élaboré avec la participation de la communauté et conçu pour présenter des messages importants sur la santé avec des graphiques et des séquences audio, rejoignait des adultes hispaniques de tous les niveaux de littératie et de tous les antécédents ethniques. Ce programme de formation multimédia a permis d'améliorer considérablement la connaissance de l'anatomie et des termes clés, des options pour le dépistage primaire et des renseignements relatifs au risque, en plus d'avoir augmenté la volonté des clients hispaniques à subir des tests de dépistage (Makoul et al., 2009).

Q : Les médias sociaux sont-ils une stratégie efficace pour l'apprentissage axé sur les besoins du client?

R : Au moment d'écrire cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires, la recherche n'avait permis de trouver aucun ouvrage sur l'utilisation des médias sociaux comme stratégie efficace pour l'apprentissage axé sur les besoins du client.

RECOMMANDATION 8 :

Évaluer l'apprentissage du client.

Niveau de données probantes = IIa

Discussion des données probantes**Q : Pourquoi l'infirmière devrait-elle évaluer ce que le client a appris?**

R : L'infirmière doit confirmer la compréhension de l'apprentissage du client, car il s'agit d'une approche fondamentale des précautions universelles et une pratique clinique exemplaire (Paasche-Orlow, Schillinger, Greene et Wagner, 2006; Schillinger et al., 2003).

Q : Comment l'infirmière peut-elle évaluer ce que le client a appris?

R : Pour évaluer l'apprentissage de manière sûre, exempte de honte et de blâme, la façon dont la conversation est formulée est un facteur important. Il s'agit d'éliminer l'aspect « examen » qui encourage les clients à essayer de masquer leur manque de capacités ou de connaissances, et de se concentrer plutôt sur la création d'un environnement dans lequel le client peut exprimer ses incertitudes ou dire qu'il a oublié, sans craindre de se faire réprimander. Une stratégie permettant d'encourager ce dialogue ouvert consiste à utiliser un langage qui porte moins de jugements, par exemple en évaluant l'apprentissage plutôt qu'en le jugeant. De plus, l'évaluation peut être fondée sur la capacité de l'infirmière à être claire et méthodique.

ENCADRÉ SUR LA MISE EN PRATIQUE

Les conversations doivent être axées de manière à ce que l'infirmière puisse comprendre ce que sait le client, les lacunes en matière de compétences ou les endroits où il éprouve des difficultés, plutôt que de tester le client. Pour s'assurer d'avoir donné une explication ou une démonstration claire au client, l'infirmière peut amorcer la conversation en disant :

- Pour que je sois sûre d'avoir expliqué ceci clairement, veuillez me dire ce que vous pensez que j'ai dit au sujet de...
- Pour que je sache que je vous ai bien montré ceci, veuillez me montrer ce que vous pensez que j'ai fait/comment vous pensez que j'ai fait ceci...
- Comment pensez-vous que ceci influencera la façon dont vous faites les choses tous les jours/changera la façon dont vous vivez/agissez?
- Quel avantage voyez-vous?
- Comment ceci vous aidera-t-il?
- Quels risques voyez-vous/qu'est-ce qui sera le plus difficile pour vous? Pourquoi?
- Qu'est-ce qui fonctionnera pour vous?
- De quel soutien avez-vous besoin pour vous permettre de faire...?

L'apprentissage du client peut être évalué de plusieurs façons, en utilisant par exemple les techniques « expliquer/fermer la boucle », « enseigner en fonction de l'objectif », « demander-dire-demander » et « montrez-moi ». Sudore et Schillinger (2009) ont constaté que l'utilisation des techniques « expliquer/fermer la boucle », « enseigner en fonction de l'objectif » ou « montrez-moi » lors de chaque rencontre avec le client permettait d'obtenir les meilleurs résultats. Chaque technique est un processus circulaire qui comprend les éléments suivants : fournir de l'information ou démontrer des compétences; s'assurer que le client comprend; et donner des précisions jusqu'à ce que le client ait maîtrisé la compétence ou qu'il puisse présenter les connaissances dans ses propres mots, et aussi qu'il puisse décrire la manière dont les connaissances seront intégrées à son mode de vie. **L'annexe F** présente deux scénarios qui soulignent les différences entre la technique « expliquer/fermer la boucle » et la technique « demander-dire-demander ».

Par exemple, pour s'assurer que le client comprend ses régimes posologiques et peut les décrire, l'infirmière lui demandera comment il va prendre ses médicaments. Si le client ne peut pas l'expliquer ou le montrer, l'infirmière peut alors adapter son enseignement pour soit donner l'explication ou la démonstration différemment, soit combler les lacunes dans les connaissances et les compétences. L'infirmière peut alors réévaluer la compréhension jusqu'à ce que le client ait démontré sa maîtrise du sujet. Cette approche itérative tient compte d'une large gamme de facteurs (p. ex., littératie, anxiété, culture et symptômes distrayants) qui peuvent influencer la compréhension du client. La figure 2 explique en quoi la vérification de la compréhension permet à l'infirmière d'évaluer constamment l'apprentissage du client.



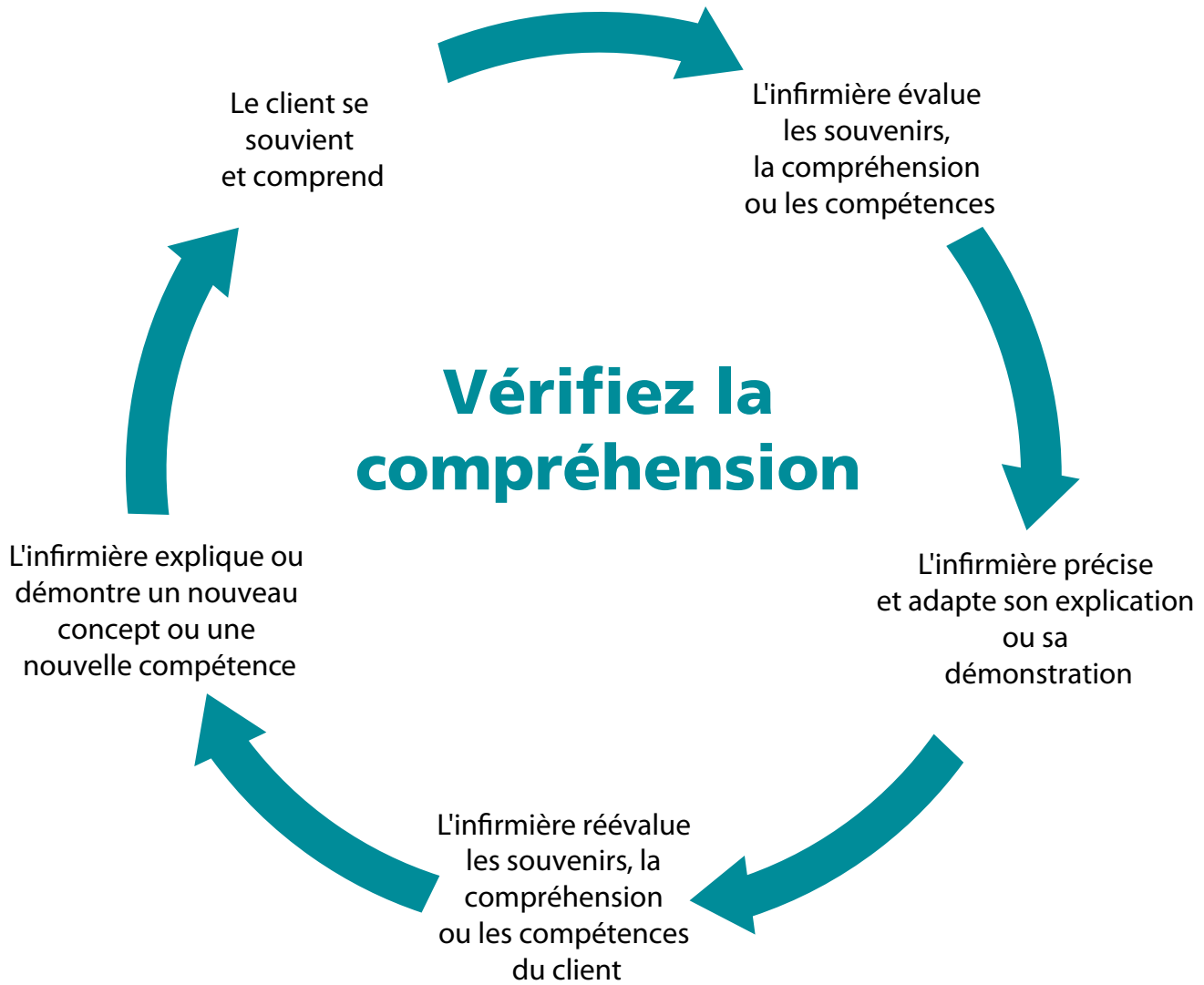


Figure 2 : Vérification de la compréhension (adapté de Schillinger et al., 2003)

RECOMMANDATION 9 :

Communiquer l'apprentissage axé sur les besoins du client de façon efficace :

- a. au client; et
- b. à l'équipe pluridisciplinaire.

(Niveau de données probantes = Ib)

Discussion des données probantes

Q : Pourquoi une communication efficace est-elle importante pour le client et l'équipe pluridisciplinaire?

R : (a) Le client bénéficiera de ressources qui renforceront les messages verbaux et l'information de la séance. Lors d'une étude effectuée à la Mayo Clinic, seulement 42 % des clients pouvaient expliquer leur diagnostic et encore moins d'entre eux pouvaient se rappeler leurs médicaments ou les effets indésirables courants (Paasche-Orlow, Parker, Gazmararian, Nielsen-Bohlman et Rudd, 2005). De plus, il est important pour le client d'avoir des messages adaptés qu'il peut consulter, car les clients ont tendance à ne se souvenir que d'une partie d'une séance. Lors d'un essai randomisé, Henry et al (2007) ont découvert que la mémoire était meilleure lorsque la compréhension était vérifiée (voir la figure 2) et qu'elle était encore meilleure lorsque les messages adaptés étaient documentés (Paasche-Orlow et al., 2005).

(b) Tous les professionnels de la santé qui rencontrent des clients sont tenus de documenter leurs interactions avec eux. La communication des détails des séances d'apprentissage du client aux autres professionnels de la santé dans le cercle des soins (clinique, salle d'urgence, pharmacie, communauté ou à l'hôpital) permet à chaque professionnel de renforcer et de développer l'apprentissage du client lors de chaque rencontre, non seulement à l'intérieur d'un établissement, mais entre les établissements. Cela entraîne une meilleure continuité des soins et une meilleure sécurité pour le client (OIIO, 2009a; National Asthma Education and Prevention Program, 2007).

Q : Comment une infirmière peut-elle communiquer de façon efficace l'apprentissage axé sur les besoins du client :

- a) au client; et
- b) à l'équipe pluridisciplinaire?

R : a) Le client : une communication claire avec le client comprend :

- l'utilisation du modèle de facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client (voir la figure 1);
- la vérification de la compréhension (figure 2); et
- la prestation d'un message à emporter quelconque qui résume les renseignements clés (Sudore et Schillinger, 2009).

b) L'équipe pluridisciplinaire : la première étape de la communication efficace consiste à documenter l'épisode ou la rencontre. La documentation devrait comprendre :

- les points clés de la formation ou les compétences abordés avec le client;
- les préoccupations exprimées par le client;
- les mesures que le client accepte de prendre;
- la manière dont vous avez évalué l'apprentissage et les résultats de votre évaluation;
- tout sujet ou élément qui n'a pas été couvert ou que le client trouvait difficile à assimiler;
- la réaction du client à la séance; et
- en quoi consiste le plan de suivi.

(OIIO, 2009a; National Asthma Education and Prevention Program, 2007)

La deuxième étape consiste à unir le réseau de professionnels de la santé du client en s'assurant que chacun d'entre eux a accès à la documentation. Cela renseignera les professionnels de la santé au sujet de ce qui a été enseigné ou appris, de ce qui s'est avéré difficile pour le client, des domaines à réévaluer ou où un soutien est requis, et des étapes suivantes de l'enseignement du client. Cette approche est particulièrement utile, car elle permet d'éviter les lacunes dans la formation, de soutenir et de renforcer les connaissances déjà apprises, et d'éviter de perdre du temps avec une répétition inutile (OIIO, 2009a; National Asthma Education and Prevention Program, 2007). **L'annexe G** fournit un exemple d'un outil de communication qui peut être utilisé par les professionnels de la santé pour assurer une communication efficace lorsqu'une formation sur l'asthme est donnée.

ENCADRÉ SUR LA MISE EN PRATIQUE

En réfléchissant sur les concepts d'une approche de précautions universelles et, en examinant l'outil de communication dans **l'annexe G**, comment l'infirmière peut-elle changer, conserver ou améliorer cet outil pour communiquer de façon efficace avec l'équipe pluridisciplinaire?

Q : Pourquoi l'infirmière doit-elle documenter l'apprentissage du client?

R : La documentation faite par les infirmières est une composante importante de la pratique des soins infirmiers et elle constitue une norme de la pratique que toutes les infirmières doivent respecter (OIIO, 2009a). Tous les aspects de l'apprentissage axé sur les besoins du client doivent être documentés dans le cadre de la responsabilité professionnelle pour appuyer des soins infirmiers sûrs, efficaces ou éthiques (OIIO, 2009a). La clarté de la documentation entre les prestataires de soins améliorera les soins et la sécurité du client, en permettant à d'autres prestataires de renforcer et d'appuyer l'apprentissage sur tout le continuum des soins.

La documentation est également une exigence au niveau micro et au niveau macro de tous les établissements en relation avec la planification stratégique, l'évaluation des services et l'allocation budgétaire. L'absence de documentation nuit à la capacité de l'établissement de valider les résultats ciblés, de surveiller les tendances et d'obtenir des fonds et des ressources pour les soins infirmiers.

Recommandations relatives à la formation

RECOMMANDATION 10 :

Introduire le modèle E.E.A.R.N.S. dans les programmes de soins infirmiers et les cours d'éducation permanente.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes

Q : Quelle est la valeur du fait que les infirmières sont préparées à faciliter de façon efficace l'apprentissage axé sur les besoins du client?

R : Le modèle E.E.A.R.N.S. (figure 1) présente le processus recommandé pour une facilitation efficace de l'apprentissage axé sur les besoins du client. Lorsque les infirmières facilitent l'apprentissage, elles appuient le but global de bon nombre d'interventions de formation et d'autogestion, à savoir habilitier les clients à prendre en charge leur propre santé (RNAO, 2010).

Q : Quelles données probantes appuient l'utilisation du modèle E.E.A.R.N.S. pour la facilitation réussie de l'apprentissage?

R : Le modèle E.E.A.R.N.S. est un modèle original pour la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client, qui a été élaboré par le groupe d'experts pour cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Au moment d'écrire ces lignes, il n'existe donc pas de données probantes qui permettent d'indiquer que le modèle E.E.A.R.N.S. réussit à faciliter l'apprentissage axé sur les besoins du client.

Toutefois, il apparaît que des composantes du cadre réussissent à faciliter l'apprentissage axé sur les besoins du client. Une méta-analyse des interventions de formation pour l'autogestion du diabète a conclu que les stratégies interactives comprenant des interactions entre les prestataires de soins de santé et les clients (en personne ou par téléphone) étaient les plus efficaces (Fan et Sidani, 2009). Les interventions qui incorporent des séances de rappel permettaient d'augmenter l'efficacité avec le temps (Fan et Sidani, 2009). Un examen systématique d'interventions pour l'insuffisance cardiaque a conclu que les stratégies de formation devaient inclure des interventions de formation individualisées pour refléter les besoins en matière de formation à ce moment-là, l'utilisation de multimédia et un enseignement en tête à tête (Fredericks et al., 2010).

Q : Quelles données probantes appuient l'importance d'adopter une approche de précautions universelles à la littératie en santé dans les programmes de formation en soins infirmiers?

R : Au fur et à mesure qu'évolue le domaine de la littératie en santé, les infirmières doivent prêter attention à son impact émergent sur les résultats sur la santé. Différents rapports (qui ne sont pas compris dans la recension des écrits pour cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires : CCA, 2008; Association canadienne de santé publique [ACSP], 2007; IOM, 2004; U.S. Department of Health and Human Services, 2010) ont recommandé que la littératie en santé soit intégrée aux écoles pour professionnels de la santé et à l'éducation permanente. Des études supplémentaires sont requises pour mieux comprendre la formation des professionnels de la santé qui facilitent l'apprentissage des clients qui présentent des défis en matière de littératie en santé (Cutilli, 2007). Selon Sudore et Schillinger (2009), les interventions professionnelles visant à aborder une littératie en santé limitée comprennent des crédits d'éducation médicale, une communication en santé claire pendant la formation des cliniciens, et les exigences pour les examens des ordres.

Veuillez consulter la recommandation 2 pour obtenir plus de renseignements sur l'approche de précautions universelles de la littératie en santé. [Veuillez consulter l'annexe E](#) pour obtenir une liste de ressources permettant d'appuyer la littératie en santé.

RECOMMANDATION 11 :

Réfléchir à l'intégration du modèle E.E.A.R.N.S. dans la pratique professionnelle quotidienne.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes

Q : Pourquoi encourager et appuyer les infirmières à réfléchir à l'intégration du modèle E.E.A.R.N.S. dans leur pratique professionnelle quotidienne?

R : La réflexion permet aux infirmières de penser à leur rôle d'éducatrices et de réorienter leurs soins, afin qu'ils ne consistent plus seulement à fournir de l'information, mais plutôt à faciliter l'apprentissage axé sur les besoins du client (Wilkinson et Whitehead, 2009). Au fur et à mesure que les soins de santé deviennent de plus en plus complexes et qu'une plus grande responsabilité est transférée au client, les infirmières doivent réfléchir à la manière dont leur pratique professionnelle encourage la participation du client. Pour que cela puisse être fait de façon efficace, les infirmières doivent s'assurer de créer des partenariats et des environnements qui respectent les choix des clients et qui favorisent l'apprentissage axé sur les besoins du client. Dans le cadre de leur pratique professionnelle, les infirmières sont tenues de réfléchir à leurs compétences et à leurs pratiques (OIIO, 2008).

Le programme d'assurance de la qualité de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO, 2008) fournit une occasion de structurer la pratique réfléchie des soins infirmiers. Les infirmières peuvent utiliser le plan d'apprentissage de l'autoévaluation pour déterminer leurs points forts et les domaines dans lesquels leurs connaissances et leurs compétences en matière de facilitation d'une approche de l'apprentissage axé sur les besoins du client, conforme au modèle E.E.A.R.N.S., doivent être améliorées.

ENCADRÉ SUR LA MISE EN PRATIQUE

Pour favoriser la croissance professionnelle dans l'intégration du modèle E.E.A.R.N.S. à votre pratique professionnelle quotidienne, envisagez de réfléchir à ce que vous pouvez faire pour vous améliorer.

Exemples :

Écouter les besoins du client : Comment puis-je améliorer ma capacité d'écoute?

Établir des partenariats : Comment puis-je nouer des liens et bâtir une relation de partenariat avec mon client?

Adopter une approche intentionnelle de l'apprentissage : Comment puis-je passer à une approche de facilitation de l'apprentissage plus formelle, plus structurée et plus interactive?

Renforcer la littératie en santé : Comment puis-je communiquer d'une manière que mon client peut comprendre?

Nommer les nouvelles connaissances : Comment puis-je intégrer la « vérification des connaissances » intentionnelle dans ma pratique professionnelle?

Solidifier l'autogestion : En quoi ma pratique professionnelle peut-elle favoriser ou renforcer la capacité d'autogestion de mon client?

Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements

RECOMMANDATION 12 :

Engager des ressources adéquates pour appuyer les approches structurées permettant de faciliter l'apprentissage axé sur les besoins du client.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes

Q : Quelles ressources doivent être fournies par les établissements afin d'appuyer les approches structurées de facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client?

R : Pour faciliter l'apprentissage axé sur les besoins du client de façon efficace, les établissements doivent s'engager à créer et à maintenir un environnement d'apprentissage axé sur les besoins du client. Cela signifie que la direction de l'établissement doit engager les ressources nécessaires pour l'apprentissage axé sur les besoins du client. Parmi ces ressources, on peut citer : les infirmières (facilitatrices) pour la planification et la mise en œuvre de programmes d'éducation, des finances, des locaux, de l'équipement et des documents multimédias consacrés à la formation (y compris l'évaluation et l'élaboration de ces documents). Des ressources en ligne supplémentaires sont présentées dans l'[annexe E](#).

RECOMMANDATION 13 :

Intégrer le modèle E.E.A.R.N.S. à la prestation des soins et des services, grâce à son inclusion dans les plans stratégiques et les objectifs organisationnels.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes

Q : Comment les établissements devraient-ils intégrer le modèle E.E.A.R.N.S. dans leurs plans stratégiques et leurs objectifs organisationnels?

R : Une intégration réussie des valeurs et des principes de l'apprentissage axé sur les besoins du client nécessite un engagement de la part de l'établissement, qui est démontré par les éléments suivants : (1) la responsabilisation de la haute direction; (2) l'inclusion des piliers de l'apprentissage axé sur les besoins du client dans les plans stratégiques et les objectifs organisationnels; et (3) une indication de la mise en pratique des piliers de l'apprentissage axé sur les besoins du client dans la prestation de soins et de services par tous les prestataires de soins de santé. Cette intégration assurerait une viabilité à long terme de l'apprentissage axé sur les besoins du client.

ENCADRÉ SUR LA MISE EN PRATIQUE

Parmi les exemples des endroits où peuvent être intégrés les piliers de l'apprentissage axé sur les besoins du client, on peut citer, notamment :

- les indicateurs de la qualité (carte de pointage, tableau de bord);
- la documentation;
- une orientation fondée sur les compétences;
- des partenariats de collaboration;
- des initiatives pour la sécurité des clients; et
- les processus d'évaluation du rendement.

Q : Pourquoi les établissements devraient-ils créer une culture sûre, exempte de honte et de blâme, pour la prestation des soins et des services?

R : Lorsque l'établissement s'engage à créer une culture sûre, exempte de honte et de blâme, tous les clients et les prestataires de soins de santé sont sensibilisés aux piliers de l'apprentissage axé sur les besoins du client. Les clients sont accueillis au sein d'une relation de partenariat avec leurs professionnels de la santé et tous les professionnels de la santé fournissent des soins et des services fondés sur les piliers de l'apprentissage axé sur les besoins du client. Veuillez consulter la recommandation n° 1 pour obtenir plus d'informations sur la création d'un environnement sûr, exempt de honte et de blâme. Veuillez consulter l'annexe E pour obtenir des ressources sur la création d'une culture sûre, exempte de honte et de blâme.

RECOMMANDATION 14 :

Élaborer des outils de documentation qui appuient la communication efficace de l'apprentissage axé sur les besoins du client.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes**Q : Pourquoi les établissements devraient-ils élaborer des outils de documentation pour appuyer la communication efficace de l'apprentissage axé sur les besoins du client?**

R : L'élaboration d'outils de communication efficaces aidera les infirmières et l'équipe pluridisciplinaire à :

- documenter rapidement et de façon efficace;
- fournir les détails requis pour permettre à d'autres infirmières de fournir un soutien continu pour l'apprentissage que le client trouve difficile ou qu'il est trop fatigué ou malade pour bien absorber;
- éviter d'omettre accidentellement des informations ou des compétences importantes;
- éviter une répétition inutile de l'information déjà apprise.

Veuillez consulter la recommandation n° 9 pour obtenir des renseignements supplémentaires sur la communication efficace de l'apprentissage axé sur les besoins du client.

De plus, les outils de documentation peuvent constituer un véhicule à des fins d'accréditation, p. ex., pour identifier des lacunes dans la prestation de l'apprentissage axé sur les besoins du client et pour permettre l'élaboration de soutiens ou de programmes supplémentaires visant à améliorer la prestation d'occasions d'apprentissage axé sur les besoins du client.

RECOMMANDATION 15 :

Mettre en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers lorsqu'il existe une planification, des stratégies, des ressources, ainsi qu'un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée de l'adoption de la ligne directrice par les cliniciens.

Niveau de données probantes = IV

Discussion des données probantes

Q : Comment les établissements peuvent-ils réussir la mise en place de lignes directrices sur les pratiques exemplaires?

R : La RNAO a préparé (par l'entremise d'un groupe d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (2012)*. Elle est fondée sur des données probantes disponibles, des notions théoriques et un consensus.

Il est conseillé d'utiliser la *Trousse* comme guide de mise en place de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires de la RNAO intitulée *Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client*.

Un plan organisationnel efficace pour la mise en œuvre comprend :

- Une évaluation de la préparation de l'établissement et des obstacles à la mise en œuvre, qui tient compte de la situation locale;
- L'implication de tous les membres (que ce soit dans le cadre d'un rôle de soutien direct ou indirect) qui contribueront au processus de mise en place;
- Des occasions continues de discussion et d'éducation afin de renforcer l'importance des pratiques exemplaires;
- Le dévouement d'une personne qualifiée pour fournir le soutien requis au processus d'éducation et de mise en place;
- Des occasions de réfléchir à l'expérience personnelle et organisationnelle en matière de mise en place des lignes directrices.

La mise en place réussie de lignes directrices sur les pratiques exemplaires nécessite le recours à un processus de planification systématique et à un leadership solide de la part des infirmières qui peuvent transformer les recommandations fondées sur des données probantes en politiques, en procédures et en pratiques relatives aux soins infirmiers qui ont un impact sur les soins donnés au sein de l'établissement. La *Trousse* de la RNAO (2012) fournit un modèle structuré pour la mise en œuvre de changements à la pratique professionnelle.

Veillez consulter **l'annexe H** pour obtenir une description de la *Trousse*.

Lacunes relatives à la recherche et implications futures

Lors de son examen des données probantes pour cette ligne directrice, le groupe d'élaboration de la ligne directrice a trouvé plusieurs lacunes dans les comptes rendus de recherche concernant l'apprentissage axé sur les besoins du client. En étudiant ces lacunes, le groupe d'élaboration a reconnu les domaines prioritaires suivants pour la recherche :

1. Les résultats pour le client :

- Quelles sont les répercussions de l'apprentissage axé sur les besoins du client sur les résultats en matière de santé (individu, population et système)?
- Quelles sont les répercussions de l'apprentissage axé sur les besoins du client efficace sur l'expérience du client?

2. Connaissances/compétences de l'infirmière :

- Comment les infirmières intègrent-elles la phase « explication » à leur pratique professionnelle?
- Comment les établissements universitaires intègrent-ils ces compétences dans leurs programmes d'études?
- Quel est l'impact de la formation de l'infirmière sur l'efficacité de l'apprentissage axé sur les besoins du client?
- Quelles sont les compétences nécessaires pour fournir un apprentissage efficace axé sur les besoins du client?

3. Répercussions financières :

- Quel est le rapport coût-efficacité de l'apprentissage axé sur les besoins du client?
- Quel est l'impact sur les coûts du fait de ne pas faciliter l'apprentissage axé sur les besoins du client?

4. Approches de soutien à la mise en place :

- Quelle est la meilleure manière de mettre en place l'apprentissage axé sur les besoins du client dans différents établissements de santé (p. ex., soins de longue durée)?

5. Pratique :

- Quelles méthodes, autres que « l'explication » et « enseigner en fonction du but », sont efficaces pour évaluer l'apprentissage axé sur les besoins du client?
- Dans quelle mesure le modèle E.E.A.R.N.S. est-il efficace?
- Comment les infirmières apprennent-elles le modèle E.E.A.R.N.S. dans le cadre de leur pratique?

La liste ci-dessus, bien qu'elle n'épuise aucunement les possibilités de recherche, constitue une tentative de reconnaître et d'établir la priorité de certaines des lacunes en matière de recherche dans ce domaine.

Évaluation/Surveillance de la ligne directrice

On conseille aux établissements qui font la mise en œuvre des recommandations présentées dans cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers de tenir compte de la manière dont la mise en place et son impact seront surveillés et évalués. Le tableau suivant, qui est basé sur un cadre décrit dans la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires (RNAO, 2012)*, présente quelques indicateurs spécifiques pour la surveillance et l'évaluation de la ligne directrice *Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client*.

Niveau de l'indicateur	Structure	Processus	Résultat
Établissement	<p>Pour évaluer les soutiens disponibles dans l'établissement qui permettent aux infirmières de faciliter l'apprentissage axé sur les besoins du client.</p> <p>Examen des recommandations en matière de pratiques par les comités de l'établissement chargés des politiques ou des procédures.</p>	<p>Pour évaluer les changements de la pratique qui mènent à une facilitation améliorée de l'apprentissage axé sur les besoins du client.</p> <p>Modification apportée aux politiques et aux procédures conformes aux valeurs et aux convictions associées à l'apprentissage axé sur les besoins du client.</p>	<p>Pour évaluer l'impact des recommandations.</p> <p>Les politiques et les procédures relatives à l'apprentissage axé sur les besoins du client respectent les recommandations contenues dans cette ligne directrice.</p>
	<p>Les approches d'apprentissage axé sur les besoins du client sont intégrées à des plans stratégiques sur les soins des clients au sein des établissements.</p>	<p>L'élaboration et la prestation d'activités de perfectionnement professionnel et de programmes d'orientation qui intègrent les stratégies d'apprentissage axé sur les besoins du client fondées sur les données probantes.</p>	<p>Les stratégies d'apprentissage axé sur les besoins du client sont intégrées dans le processus de soins, c.-à.d. la documentation des besoins du client en matière d'apprentissage.</p>
Infirmière/ Prestataire	<p>Disponibilité d'occasions de formation pour les infirmières et les membres de l'équipe pluridisciplinaire relativement à la mise en place de stratégies d'apprentissage axé sur les besoins du client.</p>	<p>Pourcentage d'infirmières ou de membres de l'équipe pluridisciplinaire qui assistent à des séances d'éducation (orientation, occasions de perfectionnement professionnel dans l'établissement) sur l'apprentissage axé sur les besoins du client.</p>	<p>Les infirmières et les membres de l'équipe pluridisciplinaire ont acquis des compétences en matière de facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client.</p>

	Les structures d'évaluation sont en place pour surveiller l'efficacité des programmes de formation.	Les connaissances autoévaluées des infirmières concernant : <ul style="list-style-type: none"> • l'évaluation des besoins en matière d'apprentissage; et • l'adoption d'approches plus structurées. 	Documentation de l'apprentissage axé sur les besoins du client. Les pratiques en soins infirmiers démontrent des approches d'apprentissage axé sur les besoins du client.
Client	Disponibilité d'interventions pédagogiques qui utilisent des stratégies d'apprentissage axé sur les besoins du client.	Pourcentage de clients qui assistent ou qui participent à des séances d'apprentissage structurées.	Les clients déclarent qu'ils sont plus satisfaits des séances d'apprentissage. Les clients démontrent de meilleures capacités d'autogestion.
Coûts financiers	Prestation de ressources financières adéquates pour fournir au personnel des possibilités de perfectionnement professionnel axées sur l'intégration de stratégies d'apprentissage axé sur les besoins du client aux séances d'apprentissage.	Le coût de la formation requise et des autres ressources devrait être établi et inclus dans le budget d'exploitation.	Les ressources financières requises pour la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client sont identifiées clairement et sont mises à la disposition du personnel et des clients.



Stratégies de mise en œuvre

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario et le groupe d'experts chargés de l'élaboration des lignes directrices ont compilé une liste de stratégies de mise en œuvre afin d'aider les organismes ou les disciplines de soins de santé qui souhaitent mettre en œuvre cette ligne directrice. Voici un résumé de ces stratégies :

- Avoir au moins une personne dédiée, comme une infirmière en pratique avancée ou une infirmière-ressource en soins cliniques, qui fournira le soutien, les compétences cliniques et le leadership requis. Cette personne doit également avoir un excellent entretient et de solides compétences en facilitation et en gestion de projet.
- Procéder à une évaluation des besoins de l'établissement en matière de facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client, afin de déterminer les connaissances actuelles et les besoins futurs en matière d'éducation.
- L'évaluation initiale des besoins peut inclure une approche analytique, un sondage et un questionnaire, des approches collectives (p. ex., groupes de consultation) et les incidents critiques.
- Mettre sur pied un comité de direction comprenant des intervenants et des membres pluridisciplinaires clés qui s'engagent à prendre la tête de l'initiative de changement. Déterminer les objectifs à court et à long terme. Maintenir un plan de travail afin d'assurer le suivi des activités, des responsabilités et des échéanciers.
- Créer une vision qui aidera à orienter l'effort de changement et élaborer des stratégies qui permettront de réaliser et de maintenir la vision.

La conception du programme devrait inclure :

- la population ciblée;
 - les buts et les objectifs;
 - les mesures des résultats;
 - les ressources requises (ressources humaines, installations, équipement); et
 - les activités d'évaluation.
- Assurer la conception de séances d'éducation et de soutien continu relatifs à la mise en œuvre. Les séances d'éducation peuvent comprendre des présentations, un guide du facilitateur, des documents à distribuer et des études de cas. Des reliures, des affiches et des cartes de poche peuvent être utilisées comme rappels continus de la formation. Planifier des séances d'éducation qui sont interactives, qui comprennent la résolution de problèmes, qui abordent des problèmes immédiats et qui permettent de mettre de nouvelles compétences en pratique (Davies et Edwards, 2004).
 - Fournir un soutien à l'établissement, par exemple faire en sorte que les structures soient en place pour faciliter la mise en place. Par exemple, embaucher des substituts afin que les participants ne soient pas distraits par des préoccupations relatives au travail, et avoir une philosophie organisationnelle qui reflète la valeur des pratiques exemplaires grâce à des politiques et à des procédures. Élaborer de nouveaux outils d'évaluation et de documentation (Davies et Edwards, 2004).
 - Reconnaître et soutenir les champions désignés des pratiques exemplaires pour chaque unité, afin de favoriser et de soutenir la mise en œuvre. Célébrer les jalons et les réalisations, en reconnaissant le travail bien fait (Davies et Edwards, 2004).
 - Les établissements qui procèdent à la mise en œuvre de cette ligne directrice doivent adopter une gamme de stratégies d'autoapprentissage, d'apprentissage en groupe, de mentorat et de renforcement qui, au fil du temps, permettront de développer les connaissances et l'assurance des infirmières relativement à la mise en œuvre de cette ligne directrice.
 - Au-delà des infirmières qualifiées, une orientation doit être fournie au personnel sur les principes de l'apprentissage axé sur les besoins du client et une formation de rappel régulière doit être prévue.
 - Le travail d'équipe, l'évaluation collaborative et la planification du traitement avec le client, sa famille et l'équipe pluridisciplinaire sont utiles pour la mise en place réussie de la ligne directrice. Les aiguillages nécessaires doivent être effectués auprès des services ou des ressources dans la communauté, ou au sein de l'établissement.

En plus des stratégies susmentionnées, la RNAO a élaboré des ressources pour la mise en place qui sont disponibles sur son site Web. Une trousse d'outils pour la mise en place des lignes directrices peut s'avérer utile, si elle est utilisée de façon appropriée. Une brève description de cette trousse d'outils est disponible dans **l'annexe H**. Une version complète du document en format PDF est également disponible sur le site Web de la RNAO, à l'adresse <http://rnao.ca/bpg>.

Processus de mise à jour et d'examen de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario propose de mettre à jour cette ligne directrice en procédant comme suit :

1. Chaque ligne directrice sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers sera révisée par une équipe de spécialistes (équipe de révision) tous les cinq ans après la dernière série de révisions.
2. Pendant la période qui sépare la préparation et la révision, le personnel de la RNAO affecté au programme effectuera un suivi régulier des examens systématiques et des essais comparatifs randomisés dans le domaine.
3. Selon les résultats obtenus, le personnel affecté au programme peut recommander de devancer la date de la période de révision. On consultera de manière adéquate une équipe formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes du domaine, qui apporteront leur point de vue afin de prendre la décision d'examiner et de réviser (ou non) la ligne directrice avant l'échéance prévue.
4. Trois mois avant l'échéance de révision, le personnel affecté au programme des lignes directrices sur les pratiques exemplaires commencera la planification du processus de révision comme suit :
 - a) Invitation de spécialistes du domaine à se joindre à l'équipe de révision, laquelle sera formée de membres du groupe initial et d'autres spécialistes recommandés.
 - b) Compilation des commentaires reçus, des questions apparues pendant l'étape de diffusion, ainsi que d'autres commentaires et cas d'expérience provenant des représentants des sites de mise en place.
 - c) Compilation des nouvelles lignes directrices pour la pratique clinique dans le domaine, des nouvelles revues systématiques, des nouvelles méta-analyses, des examens techniques et des nouveaux essais comparatifs randomisés, ainsi que des autres ouvrages pertinents.
 - d) Établissement d'un plan de travail détaillé comportant des échéances et des résultats attendus.
5. La nouvelle version des lignes directrices sera diffusée selon les structures et les processus établis.

Liste de références

Action Cancer Ontario (ACO). (2009). Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education. Consulté à l'adresse <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=60065>

Adhikari, K., Liabsuetrakul, T. et Pradhan, N. (2009). Effect of education and pill count on hemoglobin status during prenatal care in Nepalese women: A randomized controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecological Research*, 35(3), 459-66.

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2001). *Therapeutic education for patients with asthma: Adults and Adolescents*. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Consulté à l'adresse http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/asthma_education.pdf

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2011). *Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. Evidence Report/Technology Assessment # 199*. Consulté à l'adresse www.ahrq.gov/clinic/tp/lituptp.htm

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2004). *National healthcare quality report, 2004*. Consulté à l'adresse <http://archive.ahrq.gov/qual/nhqr04/nhqr04.htm>

AGREE Collaboration (2001). Appraisal of guidelines for research and evaluation. AGREE Collaboration [version électronique]. Consulté à l'adresse : <http://www.agreecollaboration.org/>

Ahles, T. A., Wasson, J. H., Seville J. L., Johnson, D. J., Cole, B. F., Hanscom, B.,...McKinstry, E. (2006). Controlled trial of methods for managing pain in primary care patients with or without co-occurring psychosocial problems. *Annals of Family Medicine*, 4(4), 341-50.

Ahmed, A. H. (2008). Breastfeeding preterm infants: An educational program to support mothers of preterm infants in Cairo, Egypt. *Pediatric Nursing*, 34(2), 125-138.

Anderson, D., Mizzari, K., Kain, V. et Webster, J. (2006). The effects of a multimodal intervention trial to promote lifestyle factors associated with prevention of cardiovascular disease in menopausal and postmenopausal Australian women. *Health Care for Women International*, 27(3), 238-253.

Association canadienne de santé publique (ACSP). (2012). *Plain language service*. Consulté à l'adresse <http://www.cpha.ca/en/pls/faq.aspx>

Association canadienne de santé publique (ACSP). (2007). *Perceptions of health literacy. Results of a questionnaire for practitioners, policy-makers and researchers*. Consulté à l'adresse http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/questionnaire_e.pdf

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2012). *Trousse sur la marche à suivre : mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique (2^e édition)*. Toronto, Canada : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2010). *Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2006a). *Soins axés sur les besoins du client*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2006b). *Établissement de la relation thérapeutique*. Toronto, Ontario : Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

Baker, C., Ogden, S., Prapaipanich, W., Keith, C. K., Beattie, L. C., et Nickleson, L. (1999). Hospital consolidation: Applying stakeholder analysis to merger lifecycle. *Journal of Nursing Administration*, 29(3), 11-20.

Balfour, L., Kowal, J., Silverman, A., Tasca, G. A., Angel, J. B., Macpherson, P. A.,...Cameron, D. W. (2006). A randomized controlled psycho-education intervention trial: Improving psychological readiness for successful HIV medication adherence and reducing depression before initiating HAART. *AIDS Care*, 18(7), 830-838.

- Beck, C. et Kosnik, C. (2006). *Innovations in teacher education: A social constructivist approach*. New York: State University of New York Press.
- Beranova, E. et Sykes, C. (2007). A systematic review of computer-based softwares for educating patients with coronary heart disease. *Patient Education and Counseling*, 66(1), 21-28.
- Black, N., Murphy, M., Lamping, D., McKee, M., Sanderson, C., Ashkam, J., et Marteau, T. (1999). Consensus development methods: Review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal of Health Services Research & Policy*, 4(4), p. 236-248.
- Blumberg, P. (2009). *Developing learner-centered teaching*. San Francisco, CA : Jossey-Bass Publishers.
- Braun, A. K., Kubiak, T., Kuntsche, J., Meier-Hofig, M., Muller, U. A., Feucht, I. et Zeyfang, A. (2009). SGS: A structured treatment and teaching programme for older patients with diabetes mellitus – A prospective randomized controlled multi-centre trial. *Age and Ageing*, 38(4), 390-396.
- Brown, D. R., Ludwig, R., Buck, G., Durham, D. Shumard, T. et Graham, S. S. (2004). Health literacy: Universal precautions needed. *Journal of Allied Health* 33(2), 150-155.
- Buckley, T., McKinley, S., Gallagher, R., Dracup, K., Moser, D. K. et Aitken, L. M. (2007). The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 6(2), 105-111.
- Clark, N. M., Gong, Z. M., Wang, S. J., Lin, X., Bria, W. F., et Johnson, T. R. (2007). A randomized trial of a self-regulation intervention for women with asthma. *CHEST*, 132(1), 88-97.
- Conseil canadien sur l'apprentissage (CCA). (2008). *Health literacy in Canada: A healthy understanding*. Consulté à l'adresse www.ccl-cca.ca/pdfs/HealthLiteracy/HealthLiteracyReportFeb2008E.pdf
- Coster, S. et Norman, I. (2009). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 508-528.
- Cutilli, C. C. (2007). Health literacy in geriatric patients: An integrative review of the literature. *Orthopaedic Nursing*, 26(1), 43-48.
- Davies, B. et Edwards, N. (2004). RNs measure effectiveness of best practice guidelines. *Registered Nurse Journal*, 16(1), 21-23.
- Deakin, T., McShane, C. E., Cade, J. E., et Williams, R. D. (2005). Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(2), CD003417.
- Deyirmenjian, M., Karam, N., et Salameh, P. (2006). Preoperative patient education for open-heart patients: A source of anxiety? *Patient Education and Counseling*, 62(1), 111-117.
- Estabrooks, P. A., Nelson, C. C., Xu, S., King, D., Bayliss, E. A., Gaglio, B.,... Glasgow, R., E. (2005). The frequency and behavioural outcomes of goal choices in the self-management of diabetes. *The Diabetes Educator*, 31(3), 391-400.
- Fan, L. et Sidani, S. (2009). Effectiveness of diabetes self-management education intervention elements: A meta-analysis. *Canadian Journal of Diabetes*, 33(1), 18-26.
- Fernandez, R. S., Evans, V., Griffiths, R. D., et Mostacchi, M. S. (2006). Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication: A review of the evidence. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(1), 70-80.
- Field, M. J. et Lohr, K. N. (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, DC : National Academy Press.
- Fredericks, S., Beanlands, H., Spalding, K., et Da Silva, M. (2010). Effects of the characteristics of teaching on the outcomes of heart failure patient education interventions: A systematic review. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 9(1), 30-37.

- Fredericks, S. (2009a). The relationship between CABG patient characteristics and perceived learning needs: A secondary analysis. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(1), 13-19.
- Fredericks, S. (2009b). Timing for delivering individualized patient education intervention to Coronary Artery Bypass Graft patients: An RCT. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(2), 144-50.
- Goeppinger, J., Lorig, K. R., Ritter, P. L., Mutatkar, S., Villa, F., et Gizlice, Z. (2009). Mail-delivered arthritis self-management tool kit: A randomized trial and longitudinal followup. *Arthritis and Rheumatism*, 61(7), 867-875.
- Griffin, V. (1988, 1993). Holistic learning/teaching in adult education: Would you play a one string guitar? In T. Barer-Stein et J. Draper (éditeurs), *The Craft of Teaching Adults*. Malabar, Floride : Krieger Publishing Company.
- Hartman, J. H., Bena, J., McIntyre, S., et Albert, N. M. (2009). Does a photo diary decrease stress and anxiety in children undergoing magnetic resonance imaging? A randomized, controlled study. *Journal of Radiology Nursing*, 28(4), 122-128.
- Henry, J. A., Loovis, C., Montero, M., Kaelin, C., Anselmi, K-A., Coombs, R.,...James, K. (2007). Randomized clinical trial: Group counseling based on tinnitus retraining therapy. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 44(1), 21-32.
- Hermanns, N., Kulzer, B., Kubiak, T., Krichbaum, M. et Haak, T. (2007). The effect of an education programme (HyPOS) to treat hypoglycemia problems in patients with type 1 diabetes. *Diabetes/ Metabolism Research and Reviews*, 23(7), 528-38.
- Herschorn, S., Becker, D., Miller, E., Thompson, M. et Forte, L. (2004). Impact of a health education intervention in overactive bladder patients. *The Canadian Journal of Urology*, 11(6), 2430-2437.
- Hibbard, J. H. et Peters, E. (2003). Supporting informed consumer health care decisions: Data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annual Review of Public Health*, 24, 413-433.
- Higgins, J. P. T. et Green, S. (éditeurs). (2008). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.0.1*. Consulté à l'adresse www.cochrane-handbook.org
- Institute of Medicine of National Academies (IOM). (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Consulté à l'adresse www.nap.edu/books/0309091179/html/
- Jansa, M., Vidal, M., Viaplana, J., Levy, I., Conget, I., Gomis, R. et Esmatjes, E. (2006). Telecare in a structured therapeutic education programme addressed to patients with type 1 diabetes and poor metabolic control. *Diabetes Research & Clinical Practice*, 74(1), 26-32.
- Jeste, D., Dunn, L., Folsom, D. et Zisook, D. (2008). Multimedia educational aids for improving consumer knowledge about illness management and treatment decisions: A review of randomized controlled trials. *Journal of Psychiatric Research*, 42(1), 1-21.
- Katz, M. G., Kripalani, S. et Weiss, B. D. (2006). Use of pictorial aids in medication instructions: a review of the literature. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 63(23), 2391-2397.
- Kelley, K. et Abraham, C. (2004). RCT of a theory-based intervention promoting healthy eating and physical activity amongst out-patients older than 65 years. *Social Science and Medicine*, 59(4), 787-797.
- Keulers, B.J., Welters, C. F., Spauwen, P. H., et Houpt, P. (2007). Can face-to-face patient education be replaced by computer-based patient education? A randomised trial. *Patient Education and Counseling*, 67(1-2), 176-182.
- Kim, C. J. et Kang, D. H. (2006). Utility of a web-based intervention for individuals with type 2 diabetes: the impact on physical activity levels and glycemic control. *CIN: Computer, Informatics, Nursing*, 24(6), 337-345.
- Kim, H. S., Yoo, Y. S. et Shim, H. S. (2005). Effects of an Internet-based intervention on plasma glucose levels in patients with type 2 diabetes. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(4), 335-340.
- King, A. C., Friedman, R., Marcus, B., Castro, C., Napolitano, M., Ahn, D. et Baker, L. (2007). Ongoing physical activity advice by humans versus computers: The Community Health Advice by Telephone (CHAT) trial. *Health Psychology*, 26(6), 718-727.

- Kinnane, N., Stuart, E., Thompson, L., Evans, K. et Schneider-Kolsky, M. (2008). Evaluation of the addition of video-based education for patients receiving standard pre-chemotherapy education. *European Journal of Cancer Care*, 17(4), 328-339.
- Kinnersley, P., Edwards, A. G., Hood, K., Cadbury, N., Ryan, R., Prout, H.,...Butler, C. (2007). Interventions before consultations for helping patients address their information needs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, CD004565.
- Kirsch, S. E. et Lewis, F. M. (2004). Using the World Wide Web in health-related intervention research. A review of controlled trials. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 22(1), 8-18.
- Kline, K. S., Scott, L. D. et Britton, A. S. (2007). The use of supportive-educative and mutual goal-setting strategies to improve self-management for patients with heart failure. *Home Healthcare Nurse*, 25(8), 502-510.
- Knowles, M. (1975). *Self-directed learning*. Cambridge Adult Education.
- Kripalani, S., Robertson, R., Love-Ghaffari, M. H., Henderson, L. E., Praska, J., Strawder, A.,...Jacobson, T. A. (2007). Development of an illustrated medication schedule as a low-literacy patient education tool. *Patient Education and Counseling*, 66(3), 368-377.
- Kripalani, S., Yao, X. et Haynes, R. (2007). Interventions to enhance medication adherence in chronic medical conditions: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 167(6), 540-550.
- Kroeze, W., Oenema, A., Campbell, M. et Brug, J. (2008). Comparison of use and appreciation of a print-delivered versus CD-ROM-delivered, computer-tailored intervention targeting saturated fat intake: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10(2), e12.
- Kroeze, W., Werkman, A. et Brug, J. (2006). A systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education on physical activity and dietary behaviors. *Annals of Behavioral Medicine*, 31(3), 205-223.
- Leung, K. Y., Lee, C. P., Chan, H. Y., Tang, M. H., Lam, Y. H. et Lee, A. (2004). Randomised trial comparing an interactive multimedia decision aid with a leaflet and a video to give information about prenatal screening for Down syndrome. *Prenatal Diagnosis*, 24(8), 613-618.
- Linne, A. B. et Liedholm, H. (2006). Effects of an interactive CD-program on 6 months readmission rate in patients with heart failure – A randomized, controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 6, 30.
- Liu, C. J., Kemper, S. et McDowd, J. (2009). The use of illustration to improve older adults' comprehension of health-related information: Is it helpful? *Patient Education and Counseling*, 76(2), 283-288.
- Loveman, E., Frampton, G. K. et Clegg, A. J. (2008). The clinical effectiveness of diabetes education models for Type 2 diabetes: A systematic review. *Health Technology Assessment*, 12(9), 1-116.
- Magar, Y., Vervloet, D., Steenhouwer, F., Smaga, S., Mechin, H., Rocca Serra, J. P.,...d'Ivernois, J.F. (2005). Assessment of a therapeutic education programme for asthma patients : « Un souffle nouveau ». *Patient Education and Counseling*, 58(1), 41-46.
- Macdonald, G. (2002). Transformative unlearning: Safety, discernment, and communities of learning. *Nursing Inquiry*, 9(3), 170-178.
- McGillion, M. H., Watt-Watson, J., Stevens, B., Lefort, S. M., Coyte, P. et Graham, A. (2008). Randomized controlled trial of a psychoeducation program for the self-management of chronic cardiac pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(2), 126-140.
- McKinley, S., Dracup, K., Moser, D. K., Riegel, B., Doering, L. V., Meischke, H.,...Pelter, M. (2009). The effect of a short one-on-one nursing intervention on knowledge, attitudes and beliefs related to response to acute coronary syndrome in people with coronary heart disease: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), 1037-1046.

- Makoul, G., Cameron, K. A., Baker, D. W., Francis, L., Scholtens, D. et Wolf, M. S. (2009). A multimedia patient education program on colorectal cancer screening increases knowledge and willingness to consider screening among Hispanic/Latino patients. *Patient Education and Counseling*, 76(2), 220-226.
- Marsch, L. A. et Bickel, W. K. (2004). Efficacy of computer-based HIV/AIDS education for injection drug users. *American Journal of Health Behavior*, 28(4), 316-327.
- Merchant, R. C., Clark, M. A., Mayer, K. H., Seage Iii, G. R., DeGruttola, V. G., et Becker, B. M. (2009). Video as an effective method to deliver pretest information for rapid human immunodeficiency testing. *Academic Emergency Medicine*, 16(2), 124-135.
- Meyer, K. G., Fasshauer, M., Nebel, I. T. et Paschke, R. (2004). Comparative analysis of conventional training and a computer-based interactive training program for celiac disease patients. *Patient Education and Counseling*, 54(3), 353-360.
- Miller, D. P.Jr., Kimberly, J. R.Jr., Case, L. D. et Wofford, J. L. (2005). Using a computer to teach patients about fecal occult blood screening: A randomized trial. *Journal of General Internal Medicine*, 20(11), 984-988.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2010). *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Consulté à l'adresse <http://www.health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/pro/legislation/>
- National Asthma Education and Prevention Program. (2007). *Expert panel report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma*. National Heart, Lung and Blood Institute. Consulté à l'adresse <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>
- National Health and Medical Research Centre. (1998). How to review the evidence: Systematic identification and review of the scientific literature. Consulté à l'adresse <http://www.nhmrc.gov.au/files/nhmrc/publications/attachments/cp65.pdf>
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer. The Manual*. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE).
- Nebel, I. T., Klemm, T., Fasshauer, M., Müller, U., Verlohren, H.J., Klaiberg, A. et Paschke, R. (2004). Comparative analysis of conventional and an adaptive computer-based hypoglycaemia education programs. *Patient Education and Counseling*, 53(3), 315-318.
- Nielsen, D., Ryg, J., Nissen, N., Nielsen, W., Knold, B. et Brixen, K. (2008). Multidisciplinary patient education in groups increases knowledge on osteoporosis: A randomized controlled trial. *The Scandinavian Journal of Public Health*, 36(4), 346-352.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009a). *Practice standard: Documentation, Revised 2008*. Consulté à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/prac/41001_documentation.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2009b). *Practice standard: Ethics*. Consulté à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/prac/41034_Ethics.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario. (2008). *Quality Assurance: Reflective practice*. Consulté à l'adresse http://www.cno.org/Global/docs/qa/44008_fsRefPrac.pdf?epslanguage=en
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2008). *The world health report 2008 - Primary health care (Now more than ever)*. Consulté à l'adresse <http://www.who.int/whr/2008/en/index.html>
- Paasche-Orlow, M. K., Parker, R. M., Gazmararian, J. A., Nielsen-Bohlman, L. T. et Rudd, R. R. (2005). The prevalence of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 20(2), 175-184.
- Paasche-Orlow, M., Schillinger, D., Greene, S. et Wagner, E. (2006). How health care systems can begin to address the challenge of limited health literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 21(8), 884-887.
- Paasche-Orlow, M. K., Wilson, E. A. H. et McCormack, L. (2010). The evolving field of health literacy research. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 15(S2), 5-8.
- Paasche-Orlow, M. K. et Wolf, M. S. (2007). Evidence does not support clinical screening of literacy. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), 100-102.

- Parikh, N. S., Parker, R. M., Nurss, J. R., Baker, D. W., et Williams, M. V. (1996). Shame and health literacy: The unspoken connection. *Patient Education and Counseling*, 27(1), 33-39.
- Peters, M. (2000). Does constructivist epistemology have a place in nurse education? *Journal of Nursing Education*, 39(4), 166-172.
- Rachmani, R., Slavachevski, I., Berla, M., Frommer-Shapira, R. et Ravid, M. (2005). Teaching and motivating patients to control their risk factors retards progression of cardiovascular as well as microvascular sequelae of Type 2 diabetes mellitus – A randomized prospective 8 years follow-up study. *Diabetic Medicine*, 22(4), 410-414.
- Reynolds, N. R., Testa, M. A., Su, M., Chesney, M. A., Neidig, J. L., Frank, I.,...AIDS Clinical Trials Group 731 and 384 Teams. (2008). Telephone support to improve antiretroviral medication adherence: A multisite, randomized controlled trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 47(1), 62-68
- Rooks, D. S., Gautam, S., Romeling, M., Cross, M. L., Stratigakis, D., Evans, B.,...Katz, J. N. (2007). Group exercise, education, and combination self-management in women with fibromyalgia: A randomized trial. *Archives of Internal Medicine*, 167(20), 2192-2200.
- Rootman, I. et Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *A vision for a health literate Canada: Report on the Expert Panel on Health Literacy*. Ottawa, ON : Association canadienne de la santé publique.
- Rothman, R. L., DeWalt, D. A., Malone, R., Bryant, B., Shintani, A., Crigler, B.,... Pignone, M. (2004). Influence of patient literacy on the effectiveness of a primary care-based diabetes disease management program. *Journal of the American Medical Association*, 292(14), 1711-1716.
- Ruffinengo, C., Versino, E. et Renga, G. (2009). Effectiveness of an informative video on reducing anxiety levels in patients undergoing elective coronarography: An RCT. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 8(1), 57-61.
- Santo, A., Laizner, A. M. et Shohet, L. (2005). Exploring the value of audiotapes for health literacy: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 234-243.
- Schillinger, D., Piette, J., Grumbach, K., Wang, F., Wilson, C., Daher, C.,... Bindman, A.B. (2003). Closing the loop: Physician communication with diabetic patients who have low health literacy. *Archives of Internal Medicine*, 163(1), 83-90.
- Schnellinger, M., Finkelstein, M., Thygeson, M. V., Vander Velden, H., Karpas, A., et Madhok, M. (2010). Animated video vs pamphlet: Comparing the success of educating parents about proper antibiotic use. *Pediatrics*, 125(5), 990-996.
- Stacey, D., Samant, R. et Bennett, C. (2008). Decision making in oncology: A review of patient decision aids to support patient participation. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 58(5), 293-304.
- Stromberg, A., Dahlstrom, U. et Fridlund, B. (2006). Computer-based education for patients with chronic heart failure. A randomised, controlled, multicentre trial of the effects on knowledge, compliance and quality of life. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 128-135.
- Sudore, R. L. et Schillinger, D. (2009). Interventions to Improve care for patients with limited health literacy. *Journal of Clinical Outcomes Management*, 16(1), 20-29.
- Suhonen, R. et Leino-Kilpi, H. (2006). Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review. *Patient Education and Counseling*, 61(1), 5-15.
- Szpiro, K. A., Harrison, M. B., Van Den Kerkhof, E.G. et Loughheed, M. D. (2008). Patient education in the emergency department: A systematic review of interventions and outcomes. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 30(1), 34-49.
- Tankova, T., Dakovska, G. et Koev, D. (2004). Education and quality of life in diabetic patients. *Patient Education and Counseling*, 53(3), 285-290.
- Trento, M., Passera, P., Borgo, E., Tomalino, M., Bajardi, M., Cavallo, F. et Porta, M. (2004). A 5-year randomized controlled study of learning, problem solving ability, and quality of life modifications in people with type 2 diabetes managed by group care. *Diabetes Care*, 27(3), 670-675.

- Tsay, S. L. et Hung, L. O. (2004). Empowerment of patients with end-stage renal disease – A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 41(1), 59-65.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2010). *National action plan to improve health literacy*. Washington, DC : Auteur.
- Vallance, J. K., Courneya, K. S., Plotnikoff, R. C. et Mackey, J. R. (2008). Analyzing theoretical mechanisms of physical activity behaviour change in breast cancer survivors: Results from the activity promotion (ACTION) trial. *Annals of Behavioral Medicine*, 35(2), 150-158.
- Vygotsky, L. S., Cole, M. (Ed.), John-Steiner, V. (Ed.), Scribner, S. (Ed.) et Souberman, E. (Ed.). (1978). *Mind in Society: The Development of Higher Psychological Processes* (14e édition). Cambridge : Harvard University Press.
- Weimer, M. (2002). *Learner-Centered Teaching: Five key changes to practice*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Wilkinson, A. et Whitehead, L. (2009). Evolution of the concept of self-care and implications for nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(8), p. 1143-1147.
- Williams, S. A., et Schreier, A. M. (2005). The role of education in managing fatigue, anxiety, and sleep disorders in women undergoing chemotherapy for breast cancer. *Applied Nursing Research*, 18(3), 138-147.
- Williams, S. A., et Schreier, A. M. (2004). The effect of education in managing side effects in women receiving chemotherapy for treatment of breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(1), E16-E23.
- Wizowski, L., Harper, T. et Hutchings, T. (2008). *Writing health information for patients and families*. 3^e édition. Hamilton, ON : Hamilton Health Sciences. Consulté à l'adresse http://www.hamiltonhealthsciences.ca/workfiles/PATIENT_ED/Writing%20health%20information%20Sept%203%2008%20With%20hyperlinks.pdf
- Wolff, L. S., Massett, H. A., Weber, D., Mockenhaupt, R. E., Hassmiller, S., et Maibach, E. W. (2010). Opportunities and barriers to disease prevention counseling in the primary care setting: A multisite qualitative study with US health consumers. *Health Promotion International*, 25(3), 265-276.
- Yates, P., Aranda, S., Hargraves, M., Mirolo, B., Clavarino, A., McLachlan, S. et Skerman, H. (2005). Randomized controlled trial of an educational intervention for managing fatigue in women receiving adjuvant chemotherapy for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 23(25), 6027-6036.
- Yates, P., Edwards, H., Nash, R., Aranda, S., Purdie, D., Najman, J.,...Walsh, A. (2004). A randomized controlled trial of a nurse-administered educational intervention for improving cancer pain management in ambulatory settings. *Patient Education and Counseling*, 53(2), 227-237.
- Yildirim, Y. K., Cicek, F., et Uyar, M. (2009). Effects of pain education program on pain intensity, pain treatment satisfaction, and barriers in Turkish cancer patients. *Pain Management Nursing*, 10(4), 220-228.
- Yin, H. S., Dreyer, B. P., van Schaick, L., Foltin, G. L., Dinglas, C., et Mendelsohn, A. L. (2008). Randomized controlled trial of a pictogram-based intervention to reduce liquid medication dosing errors and improve adherence among caregivers of young children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(9), 814-822.

Bien que seuls les articles et les rapports utilisés dans le présent document soient inclus dans la liste de références, d'autres ouvrages ont été consultés dans le cadre de l'élaboration de cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Pour obtenir une bibliographie complète, rendez-vous à l'adresse www.RNAO.ca/bpg.

Annexe A : Glossaire de termes

Ad Hoc : enseignement impromptu, improvisé, à l'improviste ou non planifié.

Apprentissage holistique : une approche qui englobe une conviction envers l'apprenant entier, qui incorpore ses capacités cognitives, physiques, relationnelles, affectives, spirituelles et intuitives/métaphoriques (Griffin, 1988, 1993).

Client activé : client qui possède les connaissances, les compétences et la motivation nécessaires pour agir comme membre efficace de l'équipe. Le client activé prend lui-même en charge ses symptômes et ses problèmes, effectue des activités qui maintiennent le fonctionnement et réduisent le déclin de l'état de santé, participe aux choix relatifs au traitement et au diagnostic, collabore avec les prestataires de soins de santé, choisit les prestataires et les organismes de prestation en fonction de leur rendement et de leur qualité, et traverse le système de soins de santé (RNAO, 2010).

Client : une ou plusieurs personnes, un groupe, un ensemble de personnes ou une communauté avec qui l'infirmière a une relation thérapeutique professionnelle dans n'importe quel cadre.

Consensus : un processus servant à prendre des décisions en matière de politique. Ce n'est pas une méthode scientifique de création de nouvelles connaissances. Le développement d'un consensus utilise simplement à bon escient les informations disponibles, qu'il s'agisse de données scientifiques ou de la sagesse collective des participants (Black et al., 1999).

Constructivisme social : fondé sur des principes clés, notamment le fait que la connaissance est construite par les apprenants, qu'elle est fondée sur les expériences, qu'elle est de nature sociale et qu'on suppose que les individus sont holistiques, avec des liens entre leurs différentes composantes (Beck et Kosnik, 2006). Vygotsky (1978) est souvent identifié comme créateur clé du constructivisme social, bien que les interprétations éditées de ses écrits en russe demeurent contestées.

Essais comparatifs randomisés : essais cliniques qui comprennent au moins un traitement mis à l'essai et un traitement de contrôle, une adhésion et un suivi concurrents du groupe ayant suivi le traitement et du groupe de contrôle, et dans lesquels les traitements à administrer sont choisis au moyen d'un processus aléatoire

Examen systématique : application d'une méthode scientifique rigoureuse à la préparation d'un article d'analyse (National Health and Medical Research Centre, 1998). Les examens systématiques permettent d'établir les domaines où les effets des soins de santé sont uniformes, les domaines où les résultats d'études peuvent être appliqués à différentes populations, différents environnements et des différences relatives au traitement (p. ex., posologie), et les domaines dans lesquels les effets peuvent varier considérablement. Le recours à des méthodes explicites et systématiques lors des examens limite les déviations (erreurs systématiques) et réduit les effets attribuables au hasard, fournissant ainsi des résultats plus fiables sur lesquels il est possible de tirer des conclusions et de prendre des décisions (Higgins et Green, 2008).

Intervenant : un individu, un groupe ou un organisme ayant un intérêt direct dans les décisions et les mesures prises par des organismes, qui peut tenter d'influencer ces décisions et ces mesures (Baker, et al., 1999). Les intervenants comprennent tous les individus ou groupes qui seront affectés directement ou indirectement par le changement ou la solution au problème.

Langage clair : le but principal du langage clair est d'organiser et de présenter l'information d'une façon que votre public cible trouvera facile à lire (CPHA, 2012). Le langage clair est une façon d'écrire l'information afin qu'elle soit facile à lire, à comprendre et utiliser pour la plupart des gens. Le langage clair utilise des mots familiers plutôt que du jargon, ainsi qu'un style conversationnel, pour transmettre l'information clairement (Wizowski, Harper, et Hutchings, 2008).

Lignes directrices pour la pratique clinique ou lignes directrices sur les pratiques exemplaires : énoncés élaborés de façon systématique pour aider les praticiens et le client à prendre des décisions concernant les soins appropriés pour une situation clinique (pratique) particulière (Field et Lohr, 1990).

Littératie : la capacité de comprendre et d'utiliser la lecture, l'écriture, la parole et d'autres formes de communication pour participer au sein de la société, atteindre ses objectifs et réaliser son potentiel (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008).

Littératie en matière de santé : capacité d'accéder à de l'information, à la comprendre, à l'évaluer et à la communiquer dans le but de favoriser, de maintenir et d'améliorer la santé dans différents cadres pendant toute la vie (Rootman et Gordon-El-Bihbety, 2008).

Patient : voir la description de « Client ».

Recommandations relatives à l'établissement et aux règlements : énoncés des conditions requises pour établir des pratiques permettant la mise en œuvre réussie de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires. Les conditions liées à la réussite incombent généralement à l'établissement, bien qu'elles puissent avoir des implications pour les politiques à un niveau gouvernemental ou social plus large.

Recommandations relatives à la formation : énoncés des exigences pédagogiques et des approches/stratégies pédagogiques pour l'introduction, la mise en œuvre et la viabilité de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires.

Recommandations relatives à la pratique professionnelle : énoncés relatifs aux pratiques exemplaires, axés sur la pratique des professionnels de la santé et qui sont préférablement fondés sur les données probantes.

Annexe B : Processus d'élaboration de la ligne directrice

L'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, avec le soutien financier du gouvernement de l'Ontario, s'est lancée sur un projet d'une durée de plusieurs années, traitant de l'élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers, d'une mise en œuvre pilote, de leur évaluation, de leur diffusion et du soutien de leur acceptation. L'un des domaines sur lesquels l'Association se concentre est les interventions en matière de soins infirmiers concernant la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client. Cette ligne directrice a été élaborée par un groupe d'infirmières et d'autres professionnels de la santé convoqué par la RNAO. Ce travail a été effectué de façon impartiale, sans influence du gouvernement de l'Ontario. Les membres du groupe d'élaboration ont offert leur temps et leurs compétences et leurs employeurs ont soutenu leur participation.

En mars 2009, une série de groupes de discussion, réunissant des experts en la matière et des leaders d'opinion clés, a été organisée par la RNAO dans le but d'examiner la portée et le but de cette ligne directrice ainsi que la composition du groupe d'élaboration. Les domaines des ressources clés, les lacunes et les thèmes clés ont été identifiés.

Par la suite, un groupe pluridisciplinaire d'infirmières et d'infirmiers et d'autres professionnels de la santé qui possédaient de l'expérience en matière de pratique et de recherche relativement à l'éducation des clients, provenant d'une gamme d'établissements, a été convoqué sous l'égide de la RNAO. Ce groupe d'experts a discuté de la portée de la ligne directrice sur les pratiques exemplaires et est parvenu à un consensus à ce sujet.

Deux recherches ont été effectuées pour identifier des ouvrages : premièrement, une recherche structurée de sites Web pour trouver des lignes directrices dans ce domaine; et deuxièmement, une recherche dans les ouvrages pour trouver des examens systématiques et des études de recherche pertinentes. Dans le cadre du processus rigoureux d'élaboration d'une ligne directrice sur les pratiques cliniques exemplaires, un examen systématique a été effectué. Consultez [l'annexe C](#) pour obtenir des renseignements sur la stratégie de recherche et ses résultats.

Les membres du groupe d'élaboration ont discuté des résumés des données probantes et des articles clés et sont arrivés à un consensus sur les meilleures données disponibles sur lesquelles baser leurs recommandations. Le groupe d'élaboration a été divisé en trois groupes, en se basant sur les questions cliniques, pour élaborer des recommandations relatives à la pratique, à la formation, et à l'établissement et aux règlements. Les membres du groupe d'élaboration ont révisé ensemble les recommandations, ont discuté des lacunes, ont examiné les données disponibles et se sont entendus relativement à un ensemble final de recommandations.

Ce document provisoire a été présenté à un groupe d'intervenants à des fins de vérification et de rétroaction – ces vérificateurs sont remerciés sur la page 10 du présent document. Les intervenants représentaient des professionnels de la santé et des clients provenant d'un bout à l'autre du Canada et de l'étranger. Les intervenants ont reçu une série de questions spécifiques afin d'orienter leurs commentaires et ont pu donner une rétroaction spécifique et leurs impressions générales. Les commentaires des intervenants ont été compilés et vérifiés par le groupe d'élaboration – les discussions et le consensus ont entraîné des révisions au document provisoire avant la mise à l'essai.

Annexe C : Processus suivi pour les examens systématiques et la stratégie de recherche

La stratégie de recherche utilisée lors de l'élaboration de cette ligne directrice s'est déroulée en trois parties : premièrement, une recherche structurée de sites Web visant à identifier des lignes directrices sur les pratiques cliniques publiées dans le domaine de la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client; deuxièmement, un examen de la documentation afin de trouver des études primaires, des méta-analyses et des examens systématiques publiés dans ce domaine entre 1999 et 2010; et troisièmement, les contributions du groupe d'élaboration.

Partie 1 : Recherche portant sur les lignes directrices

En juillet 2009, une personne a procédé à une recherche sur une liste établie de sites Web afin de trouver du contenu associé au sujet. La liste de sites a été compilée en se basant sur la connaissance actuelle relative aux sites Web présentant les pratiques fondées sur les données probantes, aux développeurs de lignes directrices connus, ainsi que sur les recommandations trouvées dans la documentation. La présence ou l'absence de lignes directrices a été notée pour chaque site faisant l'objet de la recherche, ainsi que la date de la recherche. Il était parfois indiqué que le site ne contenait pas de lignes directrices, mais un renvoi était effectué vers un autre site Web ou une autre source pour l'obtention des lignes directrices. Les lignes directrices ont été téléchargées si des versions intégrales étaient disponibles, ou commandées par téléphone ou par courriel.

Voici une liste des sites Web sur lesquels une recherche a été effectuée dans le cadre de cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires :

- Action Cancer Ontario : www.cancercare.on.ca/
- Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé : <http://www.ccohta.ca>
- Alberta Heritage Foundation for Medical Research : <http://www.aihealthsolutions.ca>
- Alberta Medical Association - Clinical Practice Guidelines : <http://www.albertadoctors.org>
- American Medical Association : <http://www.ama-assn.org/>
- Annals of Internal Medicine : <http://www.annals.org/>
- Association canadienne de santé publique : <http://www.cpha.ca>
- Bandolier Journal : <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/journal.html>
- British Columbia Council on Clinical Practice Guidelines: www.bccguidelines.ca/
- Campbell Collaboration: <http://www.campbellcollaboration.org/>
- Canadian Literacy and Learning Network : <http://www.literacy.ca/>
- Cancer Care Nova Scotia : <http://www.cancercare.ns.ca>
- Cancer Patient Education Network : <http://www.cancerpatienteducation.org/>
- Center for Health Communications Research : <http://chcr.umich.edu/>
- Centre d'alphabétisation du Québec : <http://www.centreforliteracy.qc.ca/>
- Centre for Reviews and Dissemination : <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>
- Conseil canadien de l'apprentissage : <http://www.ccl-cca.ca/>
- Crestni : <http://www.crestni.org.uk/>
- European Observatory on Health Care for Chronic Conditions, Organisation mondiale de la Santé : <http://www.who.int/chp/en/>
- Evidence-based On-Call : <http://www.eboncall.org/>
- Femmes en santé : <http://www.femmesensante.ca/>
- Guidelines Advisory Committee : <http://www.gacguidelines.ca/>
- Guidelines International Network : <http://www.g-i-n.net/>
- Hablamos Juntos : <http://www.hablamosjuntos.org/>
- Harvard School of Public Health : <http://www.hsph.harvard.edu/>
- Health Care Education Association : <http://www.hcea-info.org/>

- Health-Evidence.ca : <http://health-evidence.ca/>
- Infobase de l'Association médicale canadienne : [lignes directrices sur la pratique clinique : http://www.cma.ca/](http://www.cma.ca/)
- Institut canadien d'information sur la santé : <http://www.cihi.ca>
- Institut de recherche de l'hôpital d'Ottawa : outils d'aide à la décision pour les patients : <http://decisionaid.ohri.ca/>
- Institute for Clinical Evaluative Sciences : <http://www.ices.on.ca>
- Institute for Clinical Systems Improvement : http://www.icsi.org/guidelines_and_more/
- Institute of Medicine : <http://www.iom.edu/>
- International Patient Decision Aid Standards : <http://ipdas.ohri.ca/resources.html>
- Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Nursing & Midwifery (Australia) : <http://www.joannabriggs.edu.au/>
- Monash University Centre for Clinical Effectiveness : <http://www.med.monash.edu.au/>
- National Adult Literacy Database : <http://www.nald.ca/>
- National Cancer Institute : <http://www.cancer.gov/>
- National Center for the Study of Adult Learning and Literacy : <http://www.ncsall.net/>
- National Guideline Clearinghouse : <http://www.guidelines.gov/>
- National Institute for Health and Clinical Excellence : <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp>
- National Institute of Health Consensus Development Program : <http://consensus.nih.gov/ABOUTCDP.htm>
- National Patient Safety Foundation : <http://www.npsf.org/>
- New Zealand Guidelines Group : <http://www.nzgg.org.nz/>
- PEDro Physiotherapy Evidence Database : <http://www.pedro.org.au/>
- Pfizer Clear Health Communication Initiative : <http://www.pfizerhealthliteracy.com/>
- Royal College of General Practitioners : <http://www.rcgp.org.uk/>
- Royal College of Nursing : <http://www.rcn.org.uk/>
- Santé Canada : <http://www.hc-sc.gc.ca/>
- Sarah Cole Hirsh Institute : <http://fpb.case.edu/Centers/Hirsh/>
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) : <http://www.sign.ac.uk/>
- Society of Critical Care Medicine : <http://www.sccm.org>
- The Joint Commission : <http://www.jointcommission.org/>
- The Qualitative Report : <http://www.nova.edu/ssss/QR/>
- TRIP Database : <http://www.tripdatabase.com/>
- University of British Columbia Centre for Health Services and Policy Research : <http://www.chspr.ubc.ca/>
- Virginia Henderson International Nursing Library : <http://www.nursinglibrary.org>

De plus, une recherche des sites Web pour trouver des lignes directrices sur la pratique existantes relatives à la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client a été effectuée au moyen du moteur de recherche Google. Cette recherche a été effectuée par une personne qui en a noté les résultats.

Il a été demandé aux membres du groupe d'experts de consulter leurs archives personnelles afin de trouver les lignes directrices qui n'avaient pas été trouvées dans le cadre de la stratégie de recherche ci-dessus.

Cette stratégie de recherche a permis d'identifier plusieurs lignes directrices relatives à la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client. Il a été déterminé que ces lignes directrices seraient examinées d'un œil critique afin de renseigner l'élaboration de cette ligne directrice. Au total, cinq lignes directrices sur le domaine de l'apprentissage axé sur les besoins du client, qui répondaient aux critères d'inclusion suivants, ont été identifiées :

- publication en anglais;
- élaborées en 2009 ou après;
- portant strictement sur l'apprentissage axé sur les besoins du client;
- fondées sur les données probantes; et
- disponibles et pouvant être consultées.

Les membres du groupe d'élaboration de la ligne directrice ont évalué d'un œil critique ces cinq lignes directrices en utilisant la *Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique (instrument AGREE)* (AGREE Collaboration, 2001). Après une discussion entre les membres du groupe d'élaboration concernant les résultats de l'examen utilisant l'instrument AGREE, il a été décidé d'inclure trois lignes directrices pour renseigner le processus d'élaboration de cette ligne directrice. Voici ces trois lignes directrices :

1. National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer*. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Consulté à l'adresse : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/csgspmanual.pdf>
2. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2001). *Therapeutic education for patients with asthma: Adults and Adolescents*. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Consulté à l'adresse http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/asthma_education.pdf
3. National Asthma Education and Prevention Program. (2007). *Expert panel report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma*. National Heart, Lung and Blood Institute. Consulté à l'adresse <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>

Partie 2 : Recherche dans les ouvrages

Une recherche dans les ouvrages a été effectuée par un bibliothécaire universitaire en sciences de la santé pour trouver des données probantes relatives à la facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client. Une première recherche dans les bases de données Medline, CINAHL et PsychInfo a été effectuée afin de trouver les ouvrages publiés entre 1999 et 2009. La recherche a été structurée de manière à répondre aux trois questions cliniques suivantes :

1. Comment les infirmières peuvent-elles faciliter de façon efficace l'apprentissage axé sur les besoins du client?
2. Quelles sont des méthodes/stratégies d'enseignement efficaces pour l'apprentissage axé sur les besoins du client?
3. Comment les infirmières peuvent-elles évaluer l'apprentissage du client?

La recherche des ouvrages décrite ci-dessus a produit plusieurs milliers de résumés sur le sujet de l'apprentissage axé sur les besoins du client. Deux adjointes à la recherche ont examiné ces résumés afin de déterminer s'ils seraient inclus ou exclus, en se basant sur des critères établis par le groupe d'élaboration. La qualité des articles inclus a ensuite été examinée par les adjointes à la recherche. Des tableaux de données et des documents de récapitulation ont été créés pour le groupe d'élaboration.

Après avoir reçu les tableaux de données, le groupe d'élaboration a déterminé que la littérature en santé ne faisait pas partie de la recension des écrits. Une deuxième recherche dans les ouvrages a été effectuée, en utilisant les mêmes bases de données et tous les termes de recherche, et étendant la date limite à octobre 2010. Cette deuxième recherche a produit des centaines de résumés. Une fois encore, ces résumés ont été examinés afin de déterminer s'ils seraient inclus ou exclus, en utilisant les mêmes critères. Une deuxième série de tableaux de données et de documents de récapitulation a été créée pour le groupe d'élaboration. Les recommandations contenues dans ce document sont fondées sur ces ouvrages.

Partie 3 : Contributions du groupe d'élaboration

Il a également été demandé aux membres du groupe d'élaboration de consulter leurs archives personnelles afin de trouver les lignes directrices qui n'avaient pas été trouvées dans le cadre de la stratégie de recherche ci-dessus. Une ligne directrice a été identifiée, répondait aux critères d'inclusion (indiqués ci-dessus) et a été évaluée d'un œil critique au moyen de l'instrument AGREE (2001). Après une discussion entre les membres du groupe d'élaboration concernant les résultats de l'examen utilisant l'instrument AGREE, il a été décidé d'inclure cette quatrième ligne directrice pour renseigner le processus d'élaboration de cette ligne directrice. Voici cette ligne directrice :

Action Cancer Ontario (ACO). *Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education*. Consulté à l'adresse <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=60065>

Huit articles ont été identifiés par le groupe d'élaboration de la ligne directrice. Six de ces articles ont été considérés comme pertinents, ont été évalués d'un œil critique et ont été inclus dans les tableaux d'extraction de données.

Annexe D : Guider la théorie de l'apprentissage – le constructivisme social

Bien qu'il existe un grand nombre de théories de l'éducation, cette ligne directrice sur les pratiques exemplaires est fondée sur une théorie de l'éducation spécifique appelée constructivisme social. Selon cette théorie, les individus créent leur propre compréhension en intégrant leurs expériences et leurs connaissances antérieures avec leur nouvel apprentissage, dans des contextes spécifiques qui comprennent des contextes sociaux critiques (Beck et Kosnik, 2006). Comme le dit Peters (2000), [traduction] « le constructivisme valorise les influences socioculturelles dans le processus d'apprentissage et sanctionne le développement de connaissances fondées sur l'apprentissage antérieur, par opposition au rejet de telles connaissances qu'on observe souvent dans des établissements d'enseignement formels traditionnels » (Peters, 2000, p. 1-2).

Le constructivisme n'est pas une théorie de l'éducation traditionnelle; elle remet en question les hypothèses traditionnelles concernant le rôle central et la position de pouvoir des enseignants. Le constructivisme a recours à une approche centrée sur les besoins de l'apprenant pour faciliter l'apprentissage (Blumberg, 2009; Weimer, 2002). Comme le dit Blumberg (2009) dans un enseignement centré sur les besoins de l'apprenant, l'accent est mis sur l'apprenant et sur le « processus d'apprentissage » (Blumberg, 2009, p. 4).

Le constructivisme social est fondé sur des principes clés, notamment le fait que la connaissance est construite par les apprenants, qu'elle est fondée sur les expériences, qu'elle est de nature sociale et qu'on suppose que les individus sont holistiques, avec des liens entre leurs différentes composantes (Beck et Kosnik, 2006). Le constructivisme social est holistique; il s'agit [traduction] « d'une approche passionnée, impliquant la personne tout entière : pensée, émotion et action » (Beck et Kosnik, 2006, p. 8). Cette ligne directrice préconise l'utilisation de la théorie du constructivisme social par les infirmières pour guider leur facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client avec différents clients, dans différents établissements et dans différents environnements.

Cinq changements clés à la pratique professionnelle d'une infirmière qui adopte une approche constructiviste doivent être examinés : 1) les relations de pouvoir; 2) le contenu; 3) le rôle du facilitateur; 4) la responsabilité de l'apprentissage; et 5) l'évaluation de l'apprentissage.

Relations de pouvoir

Un équilibre doit être trouvé dans les relations de pouvoir entre l'infirmière et le client. L'infirmière n'est pas l'expert sur la vie du client : c'est le client qui est l'expert. Comme le maintient Blumberg (2009), l'accent est mis sur l'apprenant. L'infirmière en tant qu'enseignante a un rôle de facilitation, qui cherche à favoriser un environnement d'apprentissage positif, ce qui commence par écouter attentivement l'histoire de la vie du client, y compris les relations de pouvoir.

Contenu

Le constructivisme cherche à aller au-delà de l'apprentissage superficiel pour atteindre un apprentissage plus profond, dans lequel c'est l'apprenant qui construit le sens; [traduction] « l'accent passe de la couverture du contenu à l'utilisation du contenu pour développer des façons uniques de le comprendre et de créer un sens » (Weimer, 2002, p. 12). Les facilitatrices doivent encourager les questions (Weimer, 2002), et encourager les apprenants à avoir recours à de nombreuses stratégies pour trouver la connaissance du contenu qui est importante pour eux, y compris en utilisant Internet, les ouvrages, les connaissances culturelles et les connaissances transmises par les pairs.

Rôle de la facilitatrice

L'autorité de l'infirmière ou de la facilitatrice est remise en question par une approche constructiviste. Les compétences de la facilitatrice ne sont pas niées, mais elles passent en arrière-plan. Le rôle le plus actif/interactif est celui du client qui essaie de se renseigner sur la santé. L'infirmière/la facilitatrice encourage le client à être un apprenant actif et elle favorise l'engagement interactif du client avec le matériel pédagogique, les médias, Internet et pour la recherche de ses propres sources de connaissances (Weimer, 2002).

Responsabilité de l'apprentissage

L'idéal est que les infirmières facilitent l'apprentissage d'apprenants autonomes, autodidactes, qui [traduction] « assument la responsabilité de leur propre apprentissage » (Weimer, 2002, p. 15). Toutefois, cela n'est pas toujours le cas. Les infirmières doivent évaluer les besoins en matière d'apprentissage de l'apprenant et travailler en collaboration avec celui-ci pour négocier une approche de l'apprentissage qui encourage l'apprenant à assumer ses propres responsabilités, tout en guidant et en facilitant cette autonomie.

Évaluation de l'apprentissage

Dans une approche constructiviste, les approches de l'évaluation doivent être claires (Weimer, 2002). En grande partie, l'évaluation cherche à déterminer dans quelle mesure le client comprend les connaissances, les répercussions pour la sécurité/la santé, dans quelle mesure il est appuyé dans l'adoption de comportements sains, et les ressources requises pour assurer le suivi et continuer à apprendre activement à s'occuper de soi-même et à maintenir sa santé. Les infirmières doivent planifier d'évaluer régulièrement l'apprentissage du client, en tenant compte des défis relatifs à la littératie en matière de santé, en intégrant une analyse holistique de l'apprentissage du client (Griffin, 1988, 1993) et en renforçant les points forts du client.

Annexe E : Ressources

Bien que la liste de ressources suivantes ne constitue pas une liste exhaustive de tous les sites Web disponibles concernant l'apprentissage axé sur les besoins du client, les précautions universelles et le langage clair, le groupe d'élaboration de la ligne directrice a examiné ces ressources dans le cadre du processus d'élaboration de la ligne directrice et les inclut à titre d'exemple.

Sites Web :

Accessibilité pour les personnes handicapées de l'Ontario : ministère des Services sociaux et communautaires

<http://www.mcsc.gov.on.ca/fr/mcsc/programs/accessibility/index.aspx>

Action Cancer Ontario : Patient Education Evidence-based Series

<https://www.cancercare.on.ca/toolbox/qualityguidelines/clin-program/patient-ed-ebs/>

American Medical Association (AMA) Health Literacy Program

<http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/ama-foundation/our-programs/public-health/health-literacy-program/health-literacy-kit.page?>

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario : Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques : la collaboration avec les clients

<http://rnao.ca/bpg/guidelines/strategies-support-selfmanagement-chronic-conditions-collaboration-clients>

British Columbia-BC Patient Safety & Quality Council "It's Good to Ask" program

<http://www.bcpsqc.ca/public/ask-facts.html>

Health Literacy Connection

www.healthliteracyconnection.ca

Health Literacy Universal Precautions Tool Kit

<http://www.ahrq.gov/qual/literacy/healthliteracytoolkit.pdf>

Manitoba Institute for Patient Safety: "It's Safe to Ask" Program

<http://www.safetoask.ca/>

North Carolina Program on Health Literacy

<http://www.nchealthliteracy.org/hfselfmanage.html>

Regina Health Region Safe to Ask

http://www.rqhealth.ca/diy_pubhealth/view.cgi?cmd=page&key=666

Society for Participatory Medicine

<http://participatorymedicine.org/>

United States National Patient Safety Foundation: "Ask Me 3" Program

<http://www.npsf.org/for-healthcare-professionals/programs/ask-me-3/>

Ressources spécifiques au langage clair

Texte classique traitant de la formation de clients ayant un faible niveau d'alphabétisation :

Doak, C., Doak, L. et Root, J. (1996). *Teaching patients with low literacy skills*. 2e éd. Philadelphia, PA : Lippincott. Ce livre est épuisé mais il est disponible en ligne : <http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/resources/doak-book/index.html>

Livre sur la rédaction d'informations sur la santé à l'intention des clients et de leurs familles :

Wizowski, L., Harper, T. et Hutchings, T. (2008). *Writing health information for patients and families*. 3e édition. Hamilton, ON : Hamilton Health Sciences.

Lignes directrices sur la création de documents :

Rudd, R. E. (sans date). Online resources for developing and assessing materials. Harvard Health Literacy Studies. http://www.hsph.harvard.edu/healthliteracy/files/resources_for_creating_materials.pdf (consulté le 2 may 2012)

Un article qui décrit et dissipe les mythes associés au langage clair et qui fournit des références sur la recherche sur les stratégies d'écriture en langage clair :

Stableford, S. et Mettger, W. (2007). Plain language: A strategic response to the health literacy challenge. *Journal of Public Health*, 5, 395-404.

Annexe F : Techniques d'évaluation des clients

Les deux scénarios suivants présentent la différence entre la technique d'évaluation « expliquer/fermer la boucle » et la technique d'évaluation « demander-dire-demander ».

Scénario 1 : Expliquer/Fermer la boucle

Infirmière : Bonjour Mme S., on me dit qu'un CCIP vous a été installé avant votre congé de l'hôpital pour vous permettre de recevoir vos antibiotiques. Vous devez connaître un certain nombre de choses concernant le CCIP : (1) comment vous assurer qu'il ne devient pas infecté; (2) comment vous assurer qu'il fonctionne bien afin que vous receviez votre médicament; et (3) comment prendre votre médicament. J'ai pensé que nous pourrions commencer par vos questions. Est-ce que cela vous va?

Mme S. : Je me demandais quand je pourrais prendre un bain?

Infirmière : Tant que le CCIP est en place, vous ne pouvez pas mettre votre bras dans l'eau. Vous pouvez prendre un bain tant que votre pansement ne va pas dans l'eau. Je vous recommande de couvrir le pansement avec du plastique pour le protéger. Avez-vous du film étirable et du ruban adhésif que vous pourriez utiliser pour protéger le pansement?

Mme S. : Oui, j'ai tout ça.

Infirmière : Quelles sont vos autres questions ou préoccupations concernant votre CCIP, Mme S.?

Mme S. : Je n'en ai pas à l'esprit.

Infirmière : Bien. Parmi les choses que j'ai mentionné que vous deviez savoir lorsque vous avez un CCIP (éviter l'infection, s'assurer qu'il fonctionne bien, donner l'antibiotique), j'ai pensé que nous pourrions commencer aujourd'hui en passant en revue la manière de savoir si votre CCIP est infecté et ce que vous devez faire si vous pensez qu'il est infecté. La principale raison pour laquelle nous recommandons de couvrir le pansement et de ne pas mettre votre bras dans l'eau est pour éviter l'infection.

Mme S. : Oui, maintenant je comprends pourquoi c'est important.

Infirmière : Et avant de partir, je vais vous donner votre médicament et « rincer » le cathéter, ce que vous devez faire pour qu'il fonctionne bien. J'expliquerai tout à voix haute pendant que je le fais pour que vous puissiez bien comprendre ce qui se passe. Est-ce que ça vous va?

Mme S. : Oui, c'est un bon plan. Un peu à la fois.

Infirmière : Si votre peau devient rouge ou chaude, enflée ou douloureuse autour de l'endroit où le CCIP entre dans la peau, c'est un signe que le le CCIP est peut-être infecté. Je vous demanderais alors de faire deux choses : premièrement, prendre votre température, et deuxièmement, si votre température est supérieure à 37 °C, vous rendre à la clinique ou à la salle d'urgence. Si vous ne faites pas de fièvre, appelez la clinique et décrivez ce que vous voyez. Cela vous paraît-il raisonnable? Est-ce que je vous explique tout ça clairement?

Mme S. : Oui.

Infirmière : Juste pour être certaines que j'ai tout expliqué clairement, vous pouvez me répéter ce que vous verriez si le CCIP était peut-être infecté? Il y a quatre signes.

Mme S. : La peau est rouge, chaude, douloureuse et enflée, et je ne me sens peut-être pas bien.

Infirmière : C'est ça, et que feriez-vous?

Mme S. : Je prendrais ma température, et si elle était supérieure à 37 °C, j'irais à la salle d'urgence. Si je ne faisais pas de fièvre, j'appellerais la clinique. Est-ce que c'est bien ça?

Infirmière : Vous vous êtes souvenue de tout. Pour vous aider à vous en souvenir une fois que je serai partie, j'ai un document à vous remettre (remarque : si aucun document n'est disponible, le client ou l'infirmière devrait écrire l'information). C'est important que votre CCIP reste en bon état. L'autre chose importante est de s'assurer qu'il ne devient pas bloqué. Comme je l'ai dit, je vais le rincer aujourd'hui et vous décrire à voix haute tout ce que je fais. La semaine prochaine, nous pourrions discuter des étapes que vous pensez pouvoir faire vous-même. Est-ce que ça vous convient?

Scénario 2 : Demander-dire-demander

Demander :

Infirmière : Bonjour Mme S., on me dit qu'un CCIP vous a été installé avant votre congé de l'hôpital pour vous permettre de recevoir vos antibiotiques. Vous devez connaître un certain nombre de choses concernant le CCIP : comment vous assurer qu'il ne devient pas infecté; comment vous assurer qu'il fonctionne bien afin que vous receviez votre médicament; et comment prendre votre médicament. J'ai pensé que nous pourrions commencer par vos questions. Qu'est-ce qu'on vous a dit au sujet de votre CCIP lorsque vous étiez à l'hôpital?

Dire :

Mme S. : On m'a dit de ne pas tirer dessus, de le couvrir lorsque je prends mon bain ou ma douche, et que vous viendriez en prendre soin pour ne pas qu'il devienne bloqué.

Demander :

Infirmière : C'est ça. Il ne faut pas le déplacer en tirant dessus, et c'est très important qu'il ne devienne pas bloqué pour que vos traitements puissent continuer. Est-ce qu'ils vous ont parlé de ce que vous verriez si votre CCIP devenait infecté et de ce que vous devriez faire?

Mme S. : Ils ont dit qu'il deviendrait rouge et que je devrais appeler l'hôpital. Je ne suis pas trop sûre.

Dire :

Infirmière (montrant du doigt le site d'insertion) : Si votre peau devient rouge ou chaude, enflée ou douloureuse autour de l'endroit où le CCIP entre dans la peau, c'est un signe que le CCIP est peut-être infecté. Si cela se produit, je vous demanderais de faire deux choses : premièrement, prendre votre température, et deuxièmement, si votre température est supérieure à 37 °C, vous rendre à la clinique ou à la salle d'urgence. Même si vous ne faites pas de fièvre, c'est important d'appeler la clinique et de décrire ce que vous voyez. Cela vous paraît-il raisonnable? (Remarque : renforcez l'apprentissage en remettant un document ou en demandant au client ou à l'infirmière d'écrire l'information).

Mme S. : Oui, je suis sûre que je peux faire ça.

Annexe G : Outil de communication

Vous trouverez ci-dessous un exemple d'un outil de communication qui peut être utilisé par différents professionnels de la santé. Cet exemple concerne les soins de l'asthme. Il illustre la manière de fournir de l'information au client lors de la première visite et des visites de suivi, afin de favoriser l'éducation sur l'autogestion en matière de soins de l'asthme. En réfléchissant à l'outil suivant, de quelle manière peut-il être utilisé ou adopté pour communiquer de façon efficace avec l'équipe pluridisciplinaire dans différents établissements?

Figure 3–13. Prestation d'une formation sur l'asthme par les cliniciens lors des visites de soins aux patients

Questions d'évaluation	Information	Compétences
Recommandations pour la première visite		
<p>Mettez l'accent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les attentes relatives à la visite • Maîtrise de l'asthme • Les objectifs du patient relativement au traitement • Les médicaments • La qualité de vie <p>« Qu'est-ce qui vous inquiète le plus au sujet de votre asthme? »</p> <p>« Que souhaitez-vous accomplir lors de cette visite? »</p> <p>« Que voulez-vous être capable de faire que vous ne pouvez pas faire maintenant à cause de votre asthme? »</p> <p>« Qu'est-ce que vous attendez du traitement? »</p> <p>« Quels médicaments avez-vous essayés? »</p> <p>« Quelles autres questions souhaitez-vous me poser aujourd'hui? »</p> <p>« Est-ce que votre environnement contient des choses qui aggravent votre asthme? »</p>	<p>Enseignez en langage clair :</p> <ul style="list-style-type: none"> • En quoi consiste l'asthme? L'asthme est une maladie pulmonaire chronique. Les voies respiratoires sont très sensibles. Elles deviennent enflammées et étroites et la respiration devient difficile. • La définition de la maîtrise de l'asthme : peu de symptômes pendant le jour, pas de réveils pendant la nuit causés par l'asthme, peut prendre part à des activités normales, fonction pulmonaire normale. • Traitements de l'asthme – deux types de médicaments sont requis : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maîtrise à long terme : médicaments qui préviennent les symptômes, souvent en réduisant l'inflammation. ▪ Soulagement rapide : un bronchodilatateur à courte durée d'action détend les muscles qui entourent les voies respiratoires. • Apporter tous les médicaments à chaque rendez-vous. • Quand consulter un médecin. Fournir un numéro de téléphone approprié. 	<p>Enseignez ou passez en revue, et démontrez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation de l'inhalateur (voir la figure 3–14) et de la chambre d'inhalation ou de la chambre de retenue valvée (VHC). Vérifiez la performance. • Les compétences d'autosurveillance liées à un plan d'action écrit : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconnaissez l'intensité et la fréquence des symptômes d'asthme. ▪ Passez en revue les signes de détérioration et la nécessité de réévaluer le traitement : <ul style="list-style-type: none"> – Se réveille pendant la nuit ou tôt le matin avec de l'asthme – Augmentation de l'utilisation des médicaments – Tolérance réduite pour les activités • Recours à un plan d'action écrit sur l'asthme (voir la figure 3–10) qui comprend des instructions pour la prise en charge quotidienne et pour la reconnaissance et le traitement d'un asthme qui s'aggrave.

Questions d'évaluation	Information	Compétences
Recommandations pour la première visite de suivi (2 à 4 semaines, ou avant au besoin)		
<p>Mettez l'accent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les attentes relatives à la visite • Maîtrise de l'asthme • Les objectifs du patient relativement au traitement • Médicaments • Les préférences du patient en matière de traitement • La qualité de vie <p>Posez les questions pertinentes de la visite précédente, et demandez également :</p> <p>« Quels médicaments prenez-vous? »</p> <p>« Comment et quand les prenez-vous? »</p> <p>« Quels problèmes avez-vous éprouvés à prendre vos médicaments? »</p> <p>« Veuillez me montrer comment vous utilisez vos médicaments inhalés. »</p>	<p>Enseignez en langage clair :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le recours à deux types de médicaments. • Rappelez au patient d'apporter tous les médicaments et le débitmètre pour débit de pointe, s'il l'utilise, à chaque rendez-vous afin de les passer en revue. • Autoévaluation de la maîtrise de l'asthme en utilisant les symptômes ou le débit de pointe comme guide. 	<p>Enseignez ou passez en revue, et démontrez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'utilisation du plan d'action écrit sur l'asthme. Passez-le en revue et ajustez-le, au besoin. • Surveillance du débit de pointe, au besoin (voir la figure 3-11). • Corrigez la technique utilisée avec l'inhalateur et la chambre d'inhalation ou la chambre de retenue valvée.
Recommandations pour la deuxième visite de suivi :		
<p>Mettez l'accent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les attentes relatives à la visite • La maîtrise de l'asthme • Les objectifs du patient relativement au traitement • Médicaments • La qualité de vie <p>Posez les questions pertinentes de la visite précédente, et demandez également :</p> <p>« Avez-vous remarqué quelque chose dans votre maison, au travail ou à l'école qui aggrave votre asthme? »</p> <p>« Décrivez comment vous savez quand appeler le médecin ou vous rendre à l'hôpital pour faire soigner votre asthme. »</p> <p>« Quelles questions avez-vous concernant le plan d'action sur l'asthme? »</p> <p>« Est-ce que nous pouvons le rendre plus facile? »</p> <p>« Vos médicaments vous causent-ils des problèmes? »</p> <p>« Avez-vous remarqué quelque chose dans votre environnement qui aggrave votre asthme? »</p> <p>« Avez-vous oublié de prendre certains médicaments? »</p>	<p>Enseignez en langage clair :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Autoévaluation de la maîtrise de l'asthme en utilisant les symptômes ou le débit de pointe comme guide. • Stratégies pertinentes de maîtrise de l'environnement ou d'évitement (voir la figure 3-15) : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Comment reconnaître les expositions à la maison, au travail ou à l'école qui peuvent causer ou aggraver l'asthme ▪ Comment contrôler les acariens dans la maison et les expositions aux animaux, le cas échéant ▪ Comment éviter la fumée de cigarette (active et passive) • Passez en revue tous les médicaments 	<p>Enseignez ou passez en revue, et démontrez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La technique d'utilisation de l'inhalateur et de la chambre d'inhalation ou de la chambre de retenue valvée. • La technique de surveillance du débit de pointe. • L'utilisation du plan d'action écrit sur l'asthme. Passez-le en revue et ajustez-le, au besoin. • Confirmez que le patient sait ce qu'il doit faire si son asthme s'aggrave.

Questions d'évaluation	Information	Compétences
Recommandations pour toutes les visites ultérieures		
<p>Mettez l'accent sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les attentes relatives à la visite • Maîtrise de l'asthme • Les objectifs du patient relativement au traitement • Médicaments • La qualité de vie <p>Posez les questions pertinentes de la visite précédente, et demandez également :</p> <p>« Comment avez-vous essayé de contrôler les choses qui aggravent votre asthme? »</p> <p>« Veuillez me montrer comment vous utilisez vos médicaments inhalés. »</p>	<p>Enseignez en langage clair :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Passez en revue et renforcez : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tous les messages d'éducation ▪ Toutes les stratégies de contrôle de l'environnement à la maison, au travail ou à l'école ▪ Tous les médicaments ▪ L'autoévaluation de la maîtrise de l'asthme en utilisant les symptômes ou le débit de pointe comme guide. 	<p>Enseignez ou passez en revue, et démontrez :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La technique d'utilisation de l'inhalateur et de la chambre d'inhalation ou de la chambre de retenue valvée. • La technique de surveillance du débit de pointe. • L'utilisation du plan d'action écrit sur l'asthme. Passez-le en revue et ajustez-le, au besoin. • Confirmez que le patient sait ce qu'il doit faire si son asthme s'aggrave.

Réimprimé avec autorisation du National Asthma Education and Prevention Program (2007). Expert panel report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. National Heart, Lung and Blood Institute. Consulté à l'adresse <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthgdln.htm>

Annexe H : Description de la Trousse

La mise en place réussie des lignes directrices pour la pratique clinique exemplaire repose sur une planification, des ressources et un soutien organisationnel et administratif adéquats, en plus d'une facilitation appropriée. À cet égard, la RNAO a publié (par l'entremise d'un groupe d'infirmières, de chercheurs et d'administrateurs) la *Trousse sur la marche à suivre : Mise en place des lignes directrices sur les pratiques exemplaires* (deuxième édition, 2012). Elle est fondée sur des données probantes disponibles, des notions théoriques et un consensus. Il est conseillé d'utiliser la *Trousse* comme guide de mise en place de toute ligne directrice pour la pratique clinique exemplaire dans un établissement de santé.

La *Trousse* offre des directives étape par étape pour les personnes et les groupes qui participent à la planification, à la coordination et à la facilitation de la mise en place de lignes directrices. Ces étapes reflètent un processus qui est dynamique et itératif plutôt que linéaire; lors de chaque phase, la préparation de la phase suivante et une réflexion sur la phase précédente sont donc des éléments essentiels. Spécifiquement, la *Trousse* aborde les étapes clés suivantes, illustrées dans le « gabarit du plan d'action » (RNAO, 2012), lors de la mise en œuvre d'une ligne directrice :

1. Identifier le problème; identifier, examiner et sélectionner les connaissances (ligne directrice sur les pratiques exemplaires).
2. Adapter les connaissances au contexte local :
 - Évaluer les obstacles à l'utilisation des connaissances et les facteurs qui la facilitent; et
 - Identifier les ressources.
3. Sélectionner, adapter et mettre en place les interventions.
4. Surveiller l'utilisation des connaissances.
5. Évaluer les résultats.
6. Maintenir l'utilisation des connaissances.

Une mise en place de lignes directrices qui amène des changements fructueux dans la pratique professionnelle et des répercussions cliniques positives constitue une entreprise complexe. La *Trousse* est une ressource essentielle à la gestion de ce processus. La *Trousse* peut être téléchargée à l'adresse <http://rnao.ca/bpg>.

ia BPG

INTERNATIONAL
AFFAIRS & BEST PRACTICE
GUIDELINES

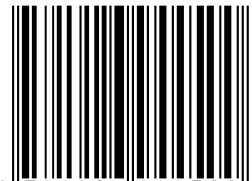
TRANSFORMING
NURSING THROUGH
KNOWLEDGE

Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires

SEPTEMBRE 2012

Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client

ISBN 978-1-926944-50-0



9 781926 944500



Registered Nurses' Association of Ontario
L'Association des infirmières et infirmiers
autorisés de l'Ontario



Ontario

Lignes directrices sur les pratiques
cliniques exemplaires

Facilitation de l'apprentissage axé sur les besoins du client

SEPTEMBRE 2012

