

Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 29, Issue 2 • Spring 2019
eISSN: 2368-8076



Canadian Association of Nurses in Oncology
Association canadienne des infirmières en oncologie

Évaluation de l'efficacité des procédés mnémotechniques employés pour aider le personnel à éduquer les patients ayant reçu une greffe autologue de cellules souches hématopoïétiques

par Cheryl Page, Charissa Cordon et Jiahui Wong

RÉSUMÉ

Éduquer efficacement le patient peut réduire les coûts et améliorer la santé de celui-ci (Action Cancer Ontario/Cancer Care Ontario, 2006). Le personnel infirmier éduque les patients et leurs familles en évaluant les besoins d'apprentissage, en utilisant la reformulation pédagogique pour évaluer la compréhension et en documentant les soins prodigués. Pour cette étude pilote, une intervention éducative a été mise en place en y intégrant un moyen mnémotechnique pour intégrer une approche structurée et efficace d'enseignement aux patients. Sur quarante-cinq infirmières spécialisées en hématologie de Centre des sciences de la santé d'Hamilton qui ont participé à l'étude, trente-six ont rempli les évaluations de suivi. Inventé pour l'étude, le truc mnémotechnique « CARE » aidait les infirmières à se rappeler les étapes à enchaîner dans l'éducation du patient. L'amélioration des connaissances et le recours à ce truc se sont maintenus pendant une période de suivi de trois à six semaines. Bien que la documentation sur l'éducation fournie au patient soit devenue plus rigoureuse après l'étude, les changements

observés n'ont pas été statistiquement significatifs. D'autres recherches sur le recours aux procédés mnémotechniques en soins infirmiers permettraient de compléter cette étude pilote.

INTRODUCTION

Cette étude visait à déterminer si le fait d'introduire un truc mnémotechnique lors des interventions éducatives réalisées auprès des patients pourrait aider les infirmières à se souvenir des étapes à enchaîner pendant cette intervention. L'étude a porté sur l'enseignement prodigué par les infirmières aux patients autogreffés du Centre des sciences de la santé d'Hamilton.

Comme stipulé dans les lignes directrices en matière de formation des patients d'Action Cancer Ontario (Cancer Care Ontario, 2006), une éducation efficace permet à la fois de réduire les coûts et d'améliorer la santé du patient. Stenberg et collègues (2018) ont recensé les écrits sur les répercussions financières de l'éducation du patient et ont conclu que ces interventions diminuaient effectivement les coûts liés aux soins de santé. Dans une autre étude sur le même sujet, Stenberg et collègues (2016) constataient par ailleurs que les patients participant à des programmes d'éducation contrôlaient mieux leurs symptômes et se soignaient mieux. Pidala, Anasetti et Jim (2009) ont souligné plus particulièrement l'importance du rôle joué par l'enseignement pour améliorer la qualité de vie chez les patients ayant reçu une greffe de cellules souches autologues. Un partenariat axé sur l'enseignement doit se créer entre l'équipe soignante et les patients à toutes les étapes du traitement afin d'atténuer et de mieux gérer les éventuels effets secondaires. On aurait aussi avantage à intégrer la famille et les proches (Cancer Care Ontario, 2015). Dans une étude menée par Treacy et Mayer (2000), on notait que le fait d'informer le patient a une incidence positive non seulement sur son vécu, mais aussi sur ses résultats cliniques : réduction des symptômes et de la durée d'hospitalisation, amélioration des connaissances et du degré de satisfaction du patient. Les auteurs de l'étude précisaient que l'éducation au patient pouvait réduire certains symptômes du patient tels que l'anxiété, la dépression, les troubles de l'humeur, les nausées et la douleur.

Une revue de la littérature réalisée par Koutsopoulou et collègues (2010) souligne le rôle clé joué par les infirmières dans l'éducation des patients et la nécessité de former les infirmières en oncologie pour qu'elles puissent répondre aux besoins

AU SUJET DES AUTEURES



Cheryl Page, inf. aut., B.Sc.Inf., B.Sc., M.Ed., CVAA(c), CSIO(C), BMTCN®, PIA (De Souza), Clinicienne en éducation et perfectionnement pour les programmes d'hématologie et transplantation, Centre des sciences de la santé d'Hamilton

Courriel : pagec@hhsc.ca

Adresse : Unité C4, Centre hospitalier et de cancérologie Juravinski du Centre des sciences de la santé d'Hamilton, 711 Concession Street, Hamilton (Ontario) L8V 1C3
Tél. : 905-521-2100, poste 42195



Charissa Cordon, inf. aut., M.Sc.Inf., D.Éd., CSIO(C), Infirmière-chef, Centre des sciences de la santé d'Hamilton, 1F-24 1200 Main Street West, Hamilton (Ontario) L8N 3Z5
Centre médical de l'Université McMaster
Tél. : 905-521-2100, poste 73415



Jiahui Wong, Ph.D., Gestionnaire, Évaluation des cours et programmes, Institut de Souza, Réseau universitaire de santé, LuCliff Place, Suite 1903, 700 Bay Street, Toronto (Ontario) M5G 1Z6
Tél. : 416-581-7886

DOI:10.5737/23688076292132140

des patients en matière d'éducation. Selon Marcum et collègues (2002), bien que de nombreuses infirmières reconnaissent l'intérêt d'éduquer les patients, divers obstacles y nuisent (ressources, soutien et formation). Bref, même si les avantages sont évidents, le personnel doit disposer à la fois des ressources et compétences nécessaires pour mener à bien ce volet d'éducation.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Les croyances liées à la santé prennent racine dans la culture (Yosso, 2005). Enseigner aux patients demande de cerner les connaissances de l'autre pour s'appuyer sur ce bagage (Chapman, 2003). Par ailleurs, chacun interprète cet enseignement en fonction de son propre vécu (Yosso, 2005). Le patient doit se sentir en confiance pour exprimer ses inquiétudes et reconnaître un manque de connaissances, un aspect qui peut être compromis si le patient se sent humilié, stressé ou contraint à divulguer des renseignements personnels (Cancer Care Ontario, 2009).

Le fait qu'une personne adopte un style de vie sain, accède aux services de santé ou consulte des professionnels de la santé, tout ceci influe directement sur son état de santé. Cependant, pour agir ainsi, il faut que le patient possède un certain niveau de littératie en santé (la capacité à accéder au système de santé et à y naviguer; Wizowski, Harper et Hutchins, 2008). Une faible littératie en santé serait corrélée à une santé précaire, une augmentation du nombre d'hospitalisations, une hausse de la mortalité et une augmentation des dépenses en santé (Rootman et Gordon-El-Bihbey, 2008; Wizowski et al., 2008). Cox, Bowner et Ring (2010) soulignent l'importance de la littératie en oncologie et affirment que « les compétences de littératie en santé sont primordiales pour les patients recevant un traitement contre le cancer puisqu'ils doivent comprendre les éventuelles complications graves de leur traitement et savoir y réagir » (p. 223, traduction).

Chaque système de soins de santé possède sa propre « culture » dans laquelle les patients doivent apprendre à naviguer. En faisant de l'éducation, les infirmières les aident à y arriver. En éducation du patient, l'accent doit être mis non pas sur le professionnel de la santé, mais plutôt sur le patient et sa famille, avec qui on utilisera un langage clair et compréhensible (Cancer Care Ontario, 2009). Enseigner aux infirmières comment transmettre efficacement cet enseignement demeure essentiel pour ce processus (Beck, Daughtridge et Sloane, 2002).

Les patients s'abreuvent à diverses sources d'information, dont les médias, les amis, la famille et d'autres patients, pendant et entre leurs rendez-vous avec l'équipe soignante. Tian et Robinson (2008) ont constaté que jeunes ou âgés, tous les patients atteints d'un cancer interrogeaient divers médias tout comme leurs proches sur des points de santé, dans une proportion toutefois plus forte chez les patients plus jeunes. Ces résultats ont d'importantes implications pour les professionnels de la santé qui éduquent des patients (Tian et Robinson, 2008). Le personnel infirmier doit aider les patients et leurs proches à assimiler l'information, à corriger tout élément erroné en évaluant les besoins d'apprentissage à chaque rencontre et à intégrer la reformulation pédagogique pour vérifier la compréhension.

L'enseignement et l'accompagnement sont des composantes clés des normes et compétences pratiques à développer pour les infirmières en oncologie (ACIO/CANO, 2006) et pour la pratique infirmière liée à la chimiothérapie (CANO, 2017). Plus précisément, les infirmières spécialisées en oncologie préparent les patients atteints du cancer et leurs familles aux multiples facettes de la maladie en offrant un enseignement qui répond à leurs besoins tout en évaluant et en documentant les résultats obtenus (ACIO, 2017). Puisque le patient reçoit de l'information de multiples sources, les infirmières doivent avoir une approche structurée et cohérente pour évaluer les besoins d'apprentissage des patients, les renseigner et vérifier ce qu'ils ont compris.

La coordination des efforts éducatifs implique toute l'équipe soignante. L'enseignement au patient est nécessaire dès l'annonce du diagnostic et le début du traitement, mais aussi lors de tout changement dans le plan de traitement (Cancer Care Ontario, 2009). La manière dont les services de santé sont offerts complique la continuité et l'uniformité de l'enseignement aux patients ainsi que l'évaluation des connaissances transmises. Le personnel d'un secteur peut entamer un enseignement et le personnel d'un autre secteur peut le renforcer. La documentation est donc essentielle pour signifier aux autres membres de l'équipe soignante ce qui a été communiqué. Action Cancer Ontario nomme le plan d'éducation pour le patient dans la documentation standard en oncologie (CCO, 2008).

Les procédés mnémotechniques – d'excellents aide-mémoire! – sont une stratégie facile à utiliser pour favoriser une approche structurée de l'éducation du patient (Putnam, 2015). Putnam (2015), Dunlosky et collègues (2013), mais aussi Farenga et collègues (2007) mentionnent tous ces procédés pour aider à retenir une nouvelle connaissance. Newnham et collègues (2015) ont constaté que le recours à l'acrostiche avait aidé à ce que les rondes soient mieux documentées dans une unité pédiatrique. De nombreuses études en soins infirmiers ont montré les effets bénéfiques attribuables à l'utilisation d'une telle méthode comme aide-mémoire lors des soins (Linnard-Palmer, 2012; Mannix, Parry et Roderick, 2017; Watterson et al., 2018; Woodfin, Johnson, Parker, Mikach, Johnson et McMullan, 2018). Pour cette étude pilote, un truc mnémotechnique a été inventé dans le cadre d'un programme de formation destiné aux infirmières pour les aider à retenir les étapes importantes de l'éducation des patients. Le procédé mnémotechnique sert de déclencheur pour accéder à l'enseignement mis en mémoire.

CRÉATION DU TRUC MNÉMOTECNIQUE

Pour notre étude, un processus en quatre étapes utilisant le moyen mnémotechnique « CARE » a été formulé pour rappeler aux infirmières les étapes de l'éducation des patients. Le mot « CARE » renvoie à la première lettre du premier mot de chaque étape : C – Compréhension vérifiée, A – Adaptation de l'enseignement au patient, R – Réévaluation de la compréhension et E – Écriture de l'information utile (papier ou numérique).

Ce truc a été trouvé en divisant d'abord les principales étapes de l'éducation au patient. La première consiste à évaluer les besoins d'apprentissage du patient selon sa situation dans la trajectoire de soins. De nombreux facteurs influencent la compréhension qu'a le patient de son traitement et de son plan de soins, que ce soit au sein ou en dehors de l'établissement de soins où il se fait traiter. Parmi les facteurs qui l'influenceront dans l'établissement de soins, il y a la communication au sein de l'équipe soignante et la compréhension du parcours de soin par l'infirmière (Desme et al., 2013; Levin-Zamir et Bertschi, 2018). Par contre, à l'extérieur, le patient reçoit des informations par divers médias et d'autres sources, ce qui peut influencer sa compréhension du traitement (Bevan et Pecchioni, 2008). Il importe d'évaluer couramment les besoins d'apprentissage du patient puisqu'ils sont façonnés par ces nombreuses sources.

La deuxième étape du processus consiste à adapter l'enseignement requis en tenant compte des besoins et du niveau d'apprentissage du patient, de ses préférences et de son niveau de littératie en santé. Ensuite, à la troisième étape, on utilise la reformulation pédagogique (Brega et al., 2015) en réévaluant l'enseignement transmis. Le patient reformule dans ses propres mots ce qu'il a entendu, ce qui permet au fournisseur de soins de santé d'évaluer s'il a bien compris. S'il se rend compte d'un décalage entre ce qu'il a tenté de transmettre comme information et ce que le patient a compris, le fournisseur de soins de santé doit retourner à la deuxième étape et réajuster le message pour répondre aux besoins du patient. Enfin, une fois l'intervention terminée, le professionnel de la santé doit la documenter, comme le prévoient les normes de soins infirmiers. Étant donné que la plupart des départements de l'établissement dans lequel l'étude a été menée utilisaient Meditech eDoc comme plateforme pour la documentation électronique, cela a été inclus dans la dernière étape du processus (voir la figure 1).

Il est essentiel de réduire les obstacles qui nuisent à cet aspect important des soins infirmiers. Cette étude en a ciblé quelques-uns : formation du personnel sur les méthodes d'éducation des patients, ressources, et systèmes de soutien (Marcum et al., 2002). Pour atténuer ces barrières et renforcer l'éducation du patient, nous avons enseigné au personnel des moyens d'éduquer le patient tout au long de la trajectoire de soins et fourni du matériel pédagogique renforcer les acquis des patients. Étant donné que les procédés mnémotechniques sont des aide-mémoire efficaces reconnus (Linnard-Palmer, 2012; Mannix et al., 2017; Watterson et al., 2018; Woodfin et al., 2018), il a été proposé dans le cadre de cette étude d'en utiliser un pour aider le personnel à se rappeler les étapes de l'éducation des patients. La présente étude a évalué l'efficacité de la méthode dans un hôpital de soins tertiaires pour éduquer les patients ayant reçu une greffe autologue de cellules souches hématopoïétiques.

En nous basant sur le modèle de Kirkpatrick (2006) pour évaluer l'efficacité de l'enseignement, nous avons analysé les impressions des participants face aux interventions éducatives utilisant des procédés mnémotechniques et cherché à savoir si cela entraînait un changement de comportement,

une amélioration des connaissances et, bien sûr, les résultats escomptés. Le modèle de Kirkpatrick définit quatre niveaux d'évaluation d'une formation. Le niveau 1 évalue à quel point les participants ont réagi positivement à la formation reçue. Le niveau 2 évalue dans quelle mesure les connaissances, compétences et comportements transmis ont été acquis. Le niveau 3 évalue à quel point le participant réutilise dans son travail ce qu'il a appris. Enfin, le niveau 4 évalue dans quelle mesure les objectifs ou résultats attendus ont été atteints grâce à la formation.

MÉTHODOLOGIE

Dans le cadre de cette étude, nous avons utilisé une approche de recherche quasi expérimentale basée sur l'analyse de séries chronologiques sur un échantillon représentatif de participants.

Participants : L'échantillon comprenait des infirmières qui travaillaient soit aux services de jour en oncologie soit aux unités d'hématologie pour les patients hospitalisés de Centre des sciences de la santé d'Hamilton. Au moment de l'étude, dix-huit membres du personnel infirmier travaillaient à l'unité d'hématologie pour les patients externes et cinquante-huit à l'unité des patients hospitalisés, d'où un total de soixante-seize personnes potentielles pour l'étude. Pour le recrutement, une séance d'information a eu lieu à l'intention du personnel infirmier. Nous leur avons donné des explications détaillées sur l'intervention éducative et un consentement éclairé a été obtenu auprès des personnes intéressées par l'étude.

Intervention : L'intervention éducative, durant laquelle le procédé mnémotechnique a été présenté, comprenait une séance de formation en petits groupes offerte à l'ensemble du personnel infirmier, y compris aux personnes ayant refusé de participer à l'étude. La séance de formation portait sur l'évaluation des besoins d'apprentissage du patient au-delà de la trajectoire de soins, la littératie en santé, la reformulation pédagogique et la documentation de l'éducation du patient. Nous avons présenté le procédé mnémotechnique pour guider les participants dans les étapes d'éducation du patient.

Mesures : Nous avons évalué l'efficacité du programme de formation à l'aide du modèle de Kirkpatrick, qui comporte 4 niveaux d'évaluation : impression, apprentissage, comportement et résultats (Kirkpatrick, 2006).

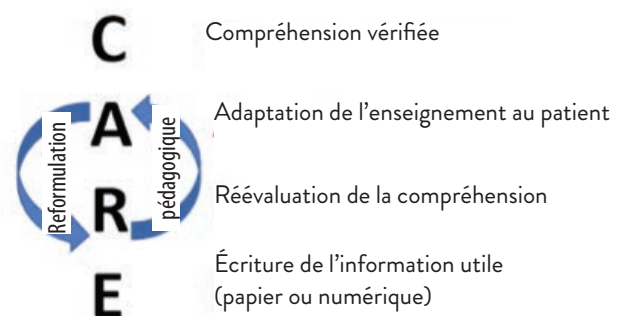


Figure 1 : Truc mnémotechnique pour l'éducation du patient

Le modèle a été adapté à l'étude pour créer des sondages évaluant le niveau de satisfaction, les connaissances et les comportements à trois moments différents (soit avant, après et pendant la période de suivi de trois à six semaines suivant l'intervention éducative proposant le truc mnémotechnique). Nous avons choisi cette dernière période pour mesurer la rétention de l'information transmise en fonction des contraintes temporelles de cette étude.

1. *Sondage sur le degré de satisfaction du participant à l'égard de la séance de formation.* Adapté au contenu de la formation, ce sondage vérifiait trois points : la performance du formateur, l'utilité du contenu présenté et la pertinence pour la pratique clinique. Une échelle de Likert a été utilisée, « 0 » indiquant un fort désaccord avec l'énoncé et « 5 », un grand accord.
2. *Sondage sur les connaissances et les comportements des participants.* L'auto-évaluation des connaissances (quatre questions) et des comportements (trois questions) abordait quatre points : l'évaluation des besoins d'apprentissage du patient, la littératie en santé, la reformulation pédagogique et la documentation en matière d'enseignement au patient. Là encore, nous avons eu recours à une échelle de Likert, « 0 » indiquant un niveau de connaissances très faible et « 5 », un niveau élevé. Ce sondage a été rempli par les participants à trois moments distincts : juste avant l'intervention éducative, immédiatement après et, enfin, trois à six semaines après la formation.
3. *Utilité du truc mnémotechnique.* Une question a été posée pour vérifier l'efficacité du procédé mnémotechnique proposé. (Échelle de Likert : « 0 », en fort désaccord et « 5 », grandement d'accord).
4. *Vérification des dossiers.* Afin de valider si l'intervention éducative (séances de formation avec truc mnémotechnique) a eu un effet sur l'éducation du patient, deux vérifications de dossiers ont été effectuées pour tous les patients autogreffés du Centre des sciences de la santé d'Hamilton : une vérification rétrospective du mois avant l'intervention et une vérification du dossier un mois après.

Les sondages et les vérifications de dossiers ont été planifiés en suivant le modèle d'évaluation de Kirkpatrick (2006) (voir le tableau 1). Les sondages ont donc été conçus pour évaluer les niveaux d'évaluation 1, 2 et 3 de ce modèle, et la vérification des dossiers a été effectuée pour évaluer le niveau 4. Voici la description de ces niveaux :

Niveau 1 : à quel point les participants ont-ils réagi positivement à la formation reçue sur l'éducation du patient? (Évalué immédiatement après la formation.)

Niveau 2 : Dans quelle mesure les participants ont-ils acquis des connaissances sur la manière d'éduquer les patients? (Rétention des connaissances évaluée avant l'intervention [point de référence], immédiatement après, et dans les trois à six semaines suivantes.)

Niveau 3 : À quel point les participants ont-ils appliqué dans leur travail ce qu'ils ont appris lors de la formation? (Évalué au moyen d'une auto-évaluation remplie avant l'intervention [point de référence], immédiatement après, et dans les trois à six semaines suivantes.)

Niveau 4 : Quels résultats ont été obtenus à la suite de la formation? Ces résultats pouvaient être mesurés en examinant la documentation liée à l'éducation des patients, en vérifiant les dossiers avant et après l'intervention (voir le tableau 1).

Analyses statistiques : Nous avons effectué un test non paramétrique de Friedman pour mesurer l'évolution des connaissances et des comportements avant l'intervention, immédiatement après, ainsi que dans les trois à six semaines suivantes. Les quatre aspects inculqués (évaluation des besoins d'apprentissage du patient, littératie en santé, reformulation pédagogique, documentation de l'intervention) ont été vérifiés séparément. Puisqu'il s'agissait d'une étude pilote exploratoire, une analyse bilatérale a été faite de façon à repérer les changements positifs et négatifs pour la vérification des dossiers.

Hertzog (2008) recommande que les études pilotes intègrent au moins 10 % de la population. Dans notre cas, la population totale étant de 76 infirmières, au moins huit d'entre elles devaient donc participer à l'étude. En tenant compte de la composition et de la disponibilité du personnel, un objectif de 25 % (20 infirmières) a été établi. En utilisant le sondage qui mesurait les connaissances avant et après l'intervention éducative, un échantillon de 20 cliniciens aurait 80 % de chances de déceler une différence d'écart-type de 0,62, avec une valeur « p » égale au seuil de signification de 0,05 (test bilatéral), pour une ampleur de l'effet modérée.

RÉSULTATS

Quarante-cinq membres du personnel ont accepté de participer à l'étude et trente-six ont effectué toutes les étapes.

Niveau d'évaluation du modèle de Kirkpatrick	Évaluation	Évaluation initiale	Évaluation immédiatement après la formation	Évaluation de 3 à 6 semaines après la formation
1	Impressions - après le test		X	
2	Connaissances - avant et après	X	X	X
3	Comportements - avant et après	X	X	X
4	Résultats - vérification de la documentation	X		X

Niveau 1 : évaluation des impressions

Le premier niveau évalue à quel point les participants ont réagi positivement à la formation reçue sur l'éducation du patient (« l'intervention »). Sur les 45 participants, 44 ont répondu au sondage post-intervention : 75 % (33/44) estimaient que la formation était très pertinente pour leur travail tandis que 23 % (10/44) la disaient pertinente. De même, 68 % des participants (30/44) convenaient que la formation avait été donnée de façon très efficace et 30 % (13/44) de façon efficace. Enfin, 75 % des participants (33/44) étaient tout à fait d'accord et 20 % étaient d'accord (9/44) pour dire que la formation sur l'éducation au patient avait profité à l'équipe de soins (voir la figure 2).

Niveau 2 : évaluation des connaissances

Le deuxième niveau évalue dans quelle mesure les connaissances ont été acquises par les participants concernant l'éducation du patient. Une première évaluation des connaissances a été effectuée avant l'intervention pour établir un point de référence, puis immédiatement après et, enfin, au cours des trois à six semaines suivantes. La première question sur l'évaluation des besoins d'éducation du patient a donné une valeur du chi carré de 25,15 ce qui est significatif ($p < .01$). La deuxième question sur la littératie en santé a donné un χ^2 de 39,11 ($p < .01$, significatif) et la troisième sur la reformulation pédagogique, de 33,91 ($p < .01$, significatif). Enfin, la quatrième question sur la documentation de l'éducation fournie au patient a affiché un χ^2 de 21,91 ($p < .01$, significatif). Chacune des mesures prises pour le niveau 2 du modèle de Kirkpatrick montre une augmentation significative des connaissances liées à l'éducation du patient par rapport à l'état pré-intervention (voir le tableau 2). La figure 3 illustre ce changement positif.

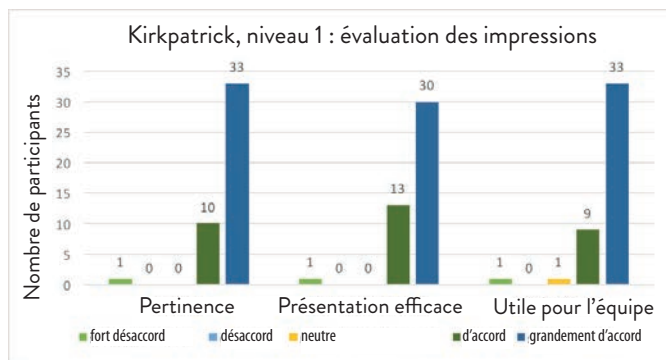


Figure 2 : Modèle de Kirkpatrick, résultats du niveau 1 : impression des participants à la formation reçue

MOMENT :	Pré-intervention (n=45)				Post-intervention (n=44)				3-6 semaines plus tard (n=36)			
Impressions :	Évaluation	Littératie en santé	Reformulation pédagogique	Documentation	Évaluation	Littératie en santé	Reformulation pédagogique	Documentation	Évaluation	Littératie en santé	Reformulation pédagogique	Documentation
Très faible	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Faible	3	12	3	6	0	0	0	0	1	1	1	1
Modéré	29	25	25	15	15	15	9	7	10	12	8	3
Élevé	12	7	14	9	21	20	23	18	22	20	23	21
Très élevé	1	1	2	5	8	9	12	19	3	3	4	11

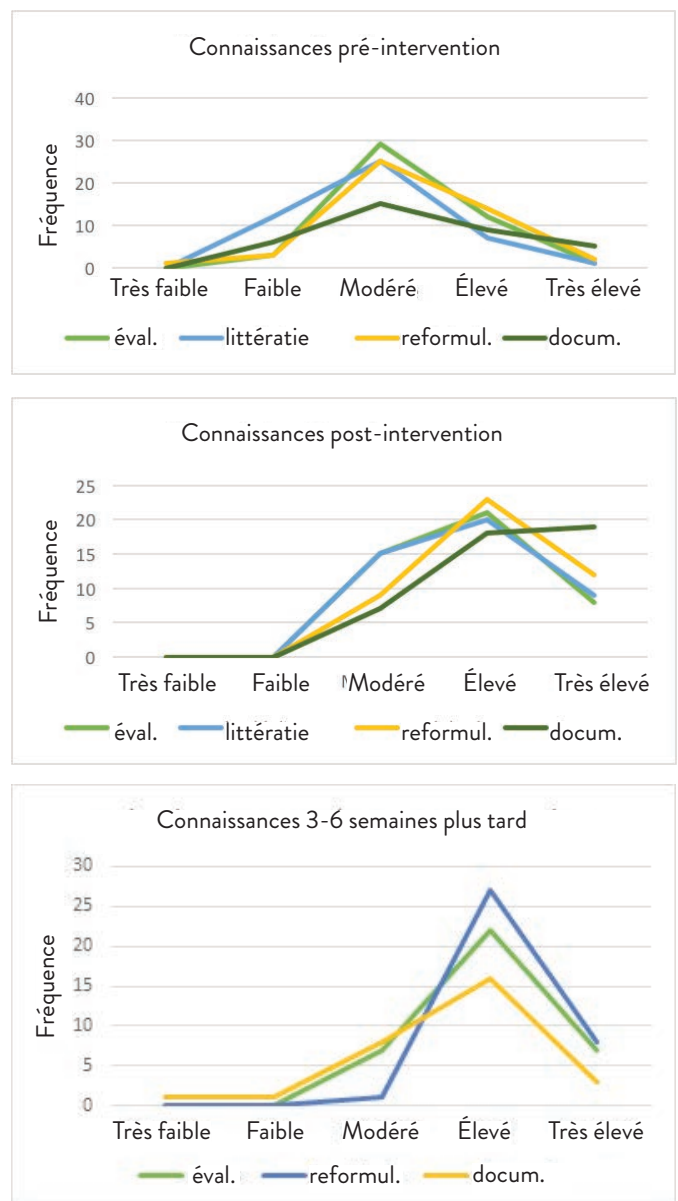


Figure 3: Modification des connaissances liées à l'éducation du patient avant et après l'intervention

MOMENT :	Pré-intervention (n=45)			Post-intervention (n=44)			3-6 semaines plus tard		
Impressions :	Évaluation	Reformulation pédagogique	Documentation	Évaluation	Reformulation pédagogique	Documentation	Évaluation	Reformulation pédagogique	Documentation
Très faible	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Faible	13	6	5	0	1	2	0	0	1
Modérée	10	4	16	2	22	19	7	1	8
Élevé	18	28	20	25	21	23	22	27	16
Très élevé	4	7	3	17	1	1	7	8	11

Niveau 3 : évaluation des comportements

Le troisième niveau évalue à quel point les participants appliquaient par la suite dans leur pratique professionnelle les connaissances acquises. Une première évaluation a été effectuée avant l'intervention pour servir de point de référence, puis immédiatement après et, enfin, au cours des trois à six semaines suivantes. Trois comportements ont été mesurés : l'évaluation des besoins d'éducation du patient, l'intégration de la reformulation pédagogique, et la documentation de l'éducation fournie au patient. Nous avons réalisé un test non paramétrique de Friedman sur les différences entre les mesures répétées sur les trois aspects évalués. Le premier comportement (évaluation des besoins d'éducation du patient) donnait une valeur du chi carré de 35,90, ce qui est significatif ($p < .01$). Le deuxième comportement (recours à la reformulation pédagogique) ainsi que le troisième (documentation de l'éducation prodiguée) ont tous deux donné un χ^2 de 25,33 ($p < .01$, significatif). Dans les trois cas, les mesures prises au niveau 3 du modèle de Kirkpatrick ont donc connu une augmentation significative par rapport à l'état pré-intervention (voir le tableau 3). La figure 4 illustre ce changement positif de comportement.

Nous avons demandé aux participants d'indiquer jusqu'à quel point le procédé mnémotechnique les aidait à se rappeler les étapes de l'éducation au patient, et ce, avant l'intervention, après celle-ci, et au cours des trois à six semaines suivantes. Nous avons réalisé un test non paramétrique de Friedman sur les différences entre les mesures répétées de ces données. La valeur du chi carré a été de 6,96, avec une valeur p de 0,03. Les participants ont attribué au procédé mnémotechnique une valeur assez élevée avant l'intervention : 49 % se disaient d'accord (22/45) et 31 % fortement d'accord (31/45) sur l'utilité du truc. Immédiatement après l'intervention, les participants attribuaient encore une cote assez élevée à la valeur du procédé : 42 % se disaient d'accord (19/45) et 44 % fortement d'accord (20/45) sur son utilité. Trois à six semaines après l'intervention, ces taux demeuraient élevés, mais avaient néanmoins diminué comparativement aux mesures initiales, avec 47 % de participants se disant d'accord (17/36) et 25 % fortement d'accord (9/36). Ces résultats n'ont pas connu de variations importantes entre les périodes précédant et suivant l'intervention (voir la figure 5).

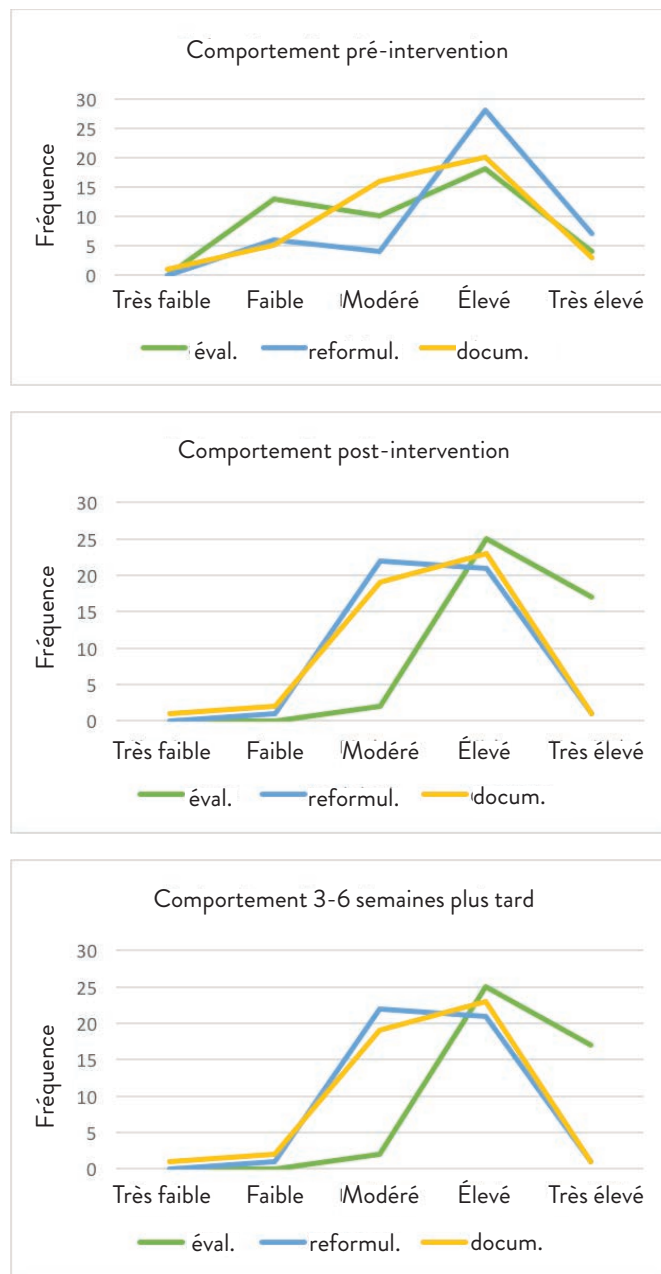


Figure 4: Shift in behaviour related to patient education pre and post intervention

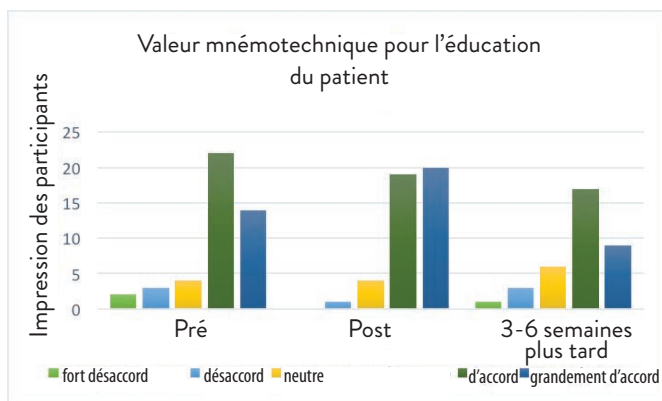


Figure 5 : Valeur du truc mnémotechnique pour se rappeler des étapes d'éducation du patient

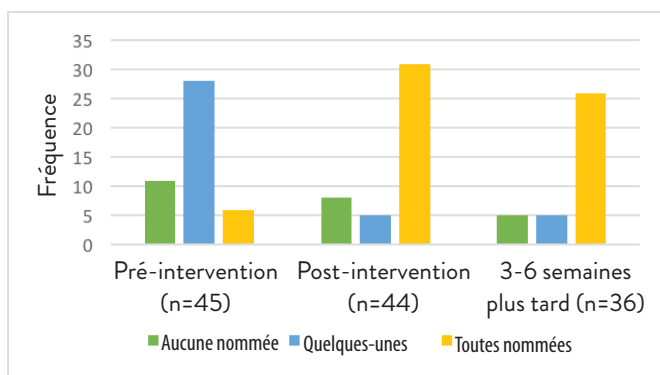


Figure 6 : Capacité du personnel infirmier à énumérer les étapes de l'éducation du patient, pré-intervention et post-intervention

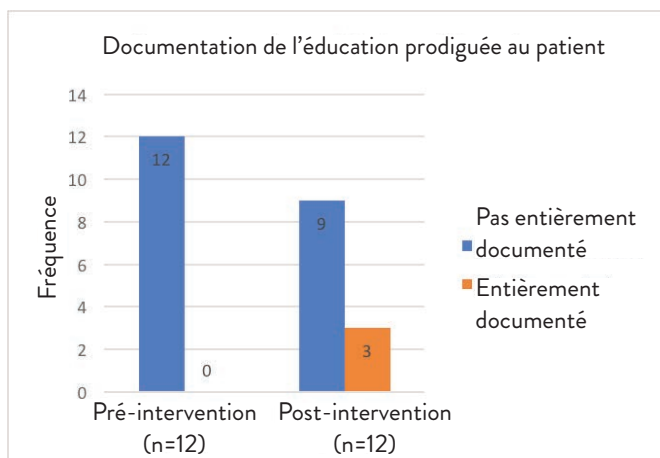


Figure 7 : Dossiers patients entièrement documentés quant à l'éducation prodiguée aux patients, avant et après l'intervention

Nous avons également demandé aux participants d'énumérer les étapes de l'éducation du patient à trois moments distincts : avant la formation, immédiatement après, et au cours des 3 à 6 semaines suivantes. Devaient s'y trouver : 1) compréhension du patient vérifiée; 2) adaptation de l'enseignement au patient; 3) réévaluation de la compréhension par la reformulation pédagogique; et 4) documentation des résultats de l'éducation prodiguée. Nous avons réalisé un test non paramétrique de Friedman sur les différences entre les mesures répétées concernant l'étape de documentation des résultats de l'éducation prodiguée au patient. La valeur du chi carré a été de 22,56, ce qui est significatif ($p < .01$). La capacité du participant à énumérer les étapes de l'éducation du patient a aussi nettement augmenté par rapport à l'état pré-intervention (voir figure 6).

Niveau 4 : évaluation des résultats

Le quatrième niveau d'évaluation détermine dans quelle mesure les résultats attendus ont été atteints grâce à l'intervention éducative. Nous avons réalisé cette évaluation en analysant les notes prises par le personnel infirmier dans les dossiers des patients avant et après l'intervention. En ce qui concerne la documentation de l'éducation prodiguée aux patients, le test du chi carré de Pearson a donné une valeur de 3,43 avec un seuil de signification de 0,064, ce qui n'est pas significatif. Dans les douze dossiers vérifiés avant l'intervention, aucun dossier ne consignait à la fois le thème enseigné au patient et sa réaction à l'éducation prodiguée. Après l'intervention, trois dossiers sur douze avaient été complétés de la sorte (voir figure 7). Ces données portaient sur l'ensemble des patients autogreffés durant le mois précédant et le mois suivant l'intervention.

DISCUSSION

Dans cette étude pilote, la formation sur l'éducation des patients a reçu un accueil favorable du personnel. Les participants ont trouvé la formation pertinente, bien présentée et utile pour leur pratique professionnelle. Les résultats montrent également, par rapport à l'état pré-intervention, une augmentation notable des connaissances en matière d'éducation du patient concernant la littératie en santé, la reformulation pédagogique et la documentation à remplir. Il en allait de même pour les résultats relatifs aux comportements déclarés en lien avec l'éducation des patients et la capacité d'énumérer les étapes du processus d'éducation. Avant l'intervention, les participants accordaient une grande valeur au procédé mnémotechnique, sans doute en envisageant à quel point il pourrait les aider à se souvenir des étapes de l'éducation du patient. Par la suite, aucun changement significatif n'a été observé, puisque la note accordée restait élevée après l'intervention et n'a diminué que légèrement dans les trois à six semaines suivantes.

Une vérification des dossiers a été effectuée après l'intervention pour évaluer les résultats relatifs à la documentation. Avant, aucun dossier ne documentait entièrement l'intervention éducative (c.-à-d. qu'elle ne faisait pas mention à la fois de l'enseignement donné et de la réaction du patient) alors qu'après, trois dossiers étaient documentés de la sorte. Les résultats pourraient partiellement s'expliquer du fait que la

formation n'a pas été suivie par l'ensemble du personnel (seulement 45/75). Bien que 36 infirmières aient reçu la formation durant l'étude, il était difficile de déterminer si l'une d'entre elles s'occupait du patient au moment où il se produisait une intervention éducative. Nous ne cherchions à trouver qu'une seule note sur l'éducation prodiguée aux patients pendant l'hospitalisation, ce qui est minime.

Autre restriction aux résultats pour la vérification des dossiers : la différence de méthodes utilisées (dossier électronique en cas d'hospitalisation, mais sur papier en clinique externe) pour la consignation des notes au dossier patient. Cette limite aurait pu être atténuée en prévoyant une vérification visuelle avant et après l'intervention ou une observation des interactions patient-infirmière pour vérifier si les étapes d'éducation du patient étaient respectées, à l'exception de la documentation. D'autres facteurs dépassant la portée de la présente intervention pourraient influencer la prise de notes cliniques complètes, notamment 1) le temps alloué pour documenter entièrement; 2) la formation spécifique sur les éléments clés à documenter; et 3) le système électronique de gestion des dossiers médicaux qui vise à favoriser les dossiers complets dans les cliniques achalandées. Il pourrait également être avantageux de renforcer la formation en organisant des discussions et en faisant des rappels du truc mnémotechnique, des étapes de l'éducation du patient et de la documentation à consigner. Wallner et Bäuml (2017) ont constaté que la répétition d'information aidait à recourir davantage au fil du temps aux connaissances acquises. De plus, si nous avions refait des vérifications de dossiers au-delà des trois à six semaines, nous aurions pu mesurer si les connaissances transmises lors de la formation perduraient dans le temps.

Hormis les procédés mnémotechniques, d'autres aide-mémoire ont été trouvés dans la littérature. L'apprentissage kinesthésique, les fiches signalétiques, les projets créatifs et le recours à la répétition font partie des méthodes qui se sont avérées efficaces pour aider les infirmières à retenir davantage de nouveaux enseignements (Alton, 2016; Wagner, 2014).

RÉFÉRENCES

- Alton, S. (2016). Learning how to learn: Meta-learning strategies for the challenges of learning pharmacology. *Nurse Education Today*, 382–4.
- Beck, R.S., Daughtridge, R., & Sloane, P.D. (2002). Physician-patient communication in the primary care office: A systematic review. *Journal American Board of Family Medicine*, 15(1), 25–38.
- Bevan, J., & Pecchioni, L. (2008). Understanding the impact of family caregiver cancer literacy on patient health outcomes. *Patient Education & Counseling*, 71(3), 356–364.
- Brega, A.G., Barnard, J., Mabachi, N.M., Weiss, B.D., DeWalt, D.A., Brach, Cifuentes, K., & West, D.R. (2015). *AHRQ health literacy universal precautions toolkit* (2nd ed.). Retrieved from file:///C:/Users/chery/Documents/Desouza/Fellowship/Articles/healthlitoolkit2_4.pdf
- Cancer Care Ontario [CCO] (2008, October). *Oncology nursing documentation competencies*. Retrieved from <https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/CCONursingDocumentation.pdf>
- Cancer Care Ontario [CCO] (2009, December). *Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education*. Retrieved from www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId=60065
- Cancer Care Ontario [CCO] (2006, August). *Establishing comprehensive cancer patient education services, a framework to guide Ontario cancer education services: Evidentiary review*. Retrieved from <https://www.cancercareontario.ca/en/guidelines-advice/types-of-cancer/301>
- Cancer Care Ontario [CCO] (2015, May). *Patient centered care*. Retrieved from <https://www.cancercare.on.ca/common/pages/UserFile.aspx?fileId>
- Canadian Nurses in Oncology [CANO] (2006). *Practice standards and competencies for the specialized oncology nurse*. Retrieved from <https://www.cano-acio.ca/page/SpecializedOncology>
- Canadian Nurses in Oncology [CANO] (2017, September). *Standards and competencies for cancer chemotherapy nursing practice*. Retrieved from https://cdn.ymaws.com/www.cano-acio.ca/resource/resmgr/Resources/EN_CANO_Chemotherapy_Standar.pdf

Cette étude n'a examiné qu'un seul aide-mémoire potentiel de manière isolée. Des études complémentaires permettraient de comparer l'efficacité de différents aide-mémoire, y compris les procédés mnémotechniques.

La petite taille de l'échantillon limitait également cette étude. Comme elle s'est déroulée dans un seul établissement et qu'elle portait sur l'éducation du patient offerte à une population spécifique de cet établissement, cela a limité la possibilité d'appliquer ces résultats à d'autres cliniques ou centres.

CONCLUSION

Cette étude visait à vérifier si l'utilisation d'un moyen mnémotechnique, présenté durant une formation sur l'éducation du patient, aiderait les infirmières à se souvenir des étapes à suivre dans l'éducation du patient durant chaque rendez-vous. Les résultats de l'étude indiquent que cette méthode a été efficace et a amélioré à la fois les connaissances et le comportement des infirmières participantes lorsqu'elles éduquent des patients.

Des études complémentaires restent à mener pour évaluer l'efficacité des programmes de formation sur la pratique infirmière, les stratégies d'éducation du patient et le recours à des approches pragmatiques de la formation. Par exemple, cette étude sur les moyens mnémotechniques pourrait être reproduite dans d'autres établissements ainsi que d'autres secteurs de la formation continue en soins de santé afin d'évaluer l'utilité générale de ces procédés dans la formation du personnel. Si d'autres études corroborent nos résultats, la prochaine étape pourrait comporter un essai clinique randomisé comparant la formation conventionnelle du personnel infirmier sans recours à un aide-mémoire à une formation qui utiliserait un moyen mnémotechnique. Cela permettrait de vérifier s'il contribue à améliorer l'approche standard concernant l'enseignement et l'éducation des patients.

- Chapman, A. (2003). *Process of personal change*. Available online at <http://www.businessballs.com/personalchangeprocess.htm>
- Cox, N., Bowner, C., & Ring, A. (2010). Health literacy and the provision of information to women with breast cancer. *The Royal College of Radiologists*, 23, 223–227. doi:10.1016/j.clon.2010.11.010
- Desme, A., Mendes, N., Perruche, F., Veillard, E., Elie, C., Moulinet, F., ... Claessens, Y. (2013). Nurses' understanding influences comprehension of patients admitted in the observation unit. *Journal of Health Communication*, 18(5), 583–593. doi:10.1080/10810730.2012.74362
- Dunlosky, J., Rawson, K.A., Marsh, E.J., Nathan, M.J., & Willingham, D.T. (2013). Improving students' learning with effective learning techniques: Promising directions from cognitive and educational psychology. *Psychological Science in the Public Interest*, 14(1), 4–58.
- Farenga, S.J., Ness, D., & Flynn, G.V. (2007). Strategies for learning and metacognition: Identifying and remembering big ideas. *Science Scope*, 31(2), 82.
- Hertzog, M.A. (2008). Considerations in determining sample size for pilot studies. *Research in Nursing & Health*, 31(2), 180–191. doi:10.1002/nur.20247
- Kirkpatrick, D.L. (2006). *Evaluating training programs: The four levels* (3rd edition). San Francisco, CA: Berrett-Koehler.
- Koutsopoulou, S., Papatthanassoglou, E.E., Katapodi, M.C., & Patiraki, E.I. (2010). A critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patients. *Journal of Clinical Nursing*, 19(5/6), 749. doi:10.1111/j.1365-2702.2009.02954.x
- Levin-Zamir, D., & Bertschi, I. (2018). Media health literacy, eHealth literacy, and the role of the social environment in context. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(8), 1643. doi:10.3390/ijerph15081643
- Linnard-Palmer, L. (2012). The use of simulation for pediatric oncology nursing safety principles: Ensuring competent practice through the use of a mnemonic, chemotherapy road maps and case-based learning. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(3), 283–286. doi:10.1016/j.pedn.2012.02.001
- Mannix, T., Parry, Y., & Roderick, A. (2017). Improving clinical handover in a paediatric ward: implications for nursing management. *Journal of Nursing Management*, 25(3), 215–222. doi:10.1111/jonm.12462
- Marcum, J., Ridenour, M., Shaff, G., Hammons, M., & Taylor, M. (2002). A study of professional nurses' perceptions of patient education. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 33(3), 112–8. Retrieved from <http://libaccess.mcmaster.ca/libaccess.lib.mcmaster.ca/login?url=https://search-proquest-com.libaccess.lib.mcmaster.ca/docview/223324613?accountid=12347>
- Newnham, A.L., Hine, C., Rogers, C., & Agwu, J.C. (2015). Improving the quality of documentation of paediatric post-take ward rounds: The impact of an acrostic. *Postgraduate Medical Journal*, 91(1071), 22–25. doi:10.1136/postgradmedj-2013-132534
- Pidala, J., Anasetti, C., & Jim, H. (2009). *Health-related quality of life following hematopoietic cell transplantation: Patient education, evaluation, and intervention*.
- Putman, A.L. (2015). Mnemonics in education: current research and application. *American Psychological Association*, 1(2), 130–139. <http://dx.doi.org/10.1037/tps0000023>
- Rootman, I., & Gordon-El-Bihbety, D. (2008). *A vision for a health literate Canada: Report of the expert panel on health literacy*. Canadian Public Health Association. Retrieved from www.cpha.ca
- Stenberg, U., Haaland-Ørverby, M., Fredriksen, K., Westermann, K.F., & Kvisvik, T. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education & Counseling*, 99(11), 1759–1771. doi:10.1016/j.pec.2016.07.027
- Stenberg, U., Vågan, A., Flink, M., Lynggaard, V., Fredriksen, K., Westermann, K.F., & Gallefoss, F. (2018). Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. *Patient Education & Counseling*, 101(6), 1006–1035. doi:10.1016/j.pec.2018.01.006
- Tian, Y., & Robinson, J. (2008). Incidental health information use and media complementarity: a comparison of senior and non-senior cancer patients. *Patient Education & Counseling*, 71(3), 340–344.
- Treacy, J.T., & Mayer, D.K. (2000). Perspectives on cancer patient education. *Seminars in Oncology Nursing*, 16(1), 47–56. [https://doi.org/10.1016/S0749-2081\(00\)80007-8](https://doi.org/10.1016/S0749-2081(00)80007-8)
- Wagner, E.A. (2014). Using a kinesthetic learning strategy to engage nursing student thinking, enhance retention, and improve critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 53(6), 348. doi:10.3928/01484834-20140512-02
- Wallner, L., & Bäuml, K.T. (2017). Beneficial effects of selective item repetition on the recall of other items. *Journal of Memory & Language*, 95, 159–172. doi:10.1016/j.jml.2017.04.006
- Watterson, K., Hauck, M.J., Auker, A., Burns, R., Greider, J., Marlin, M., ... Fenimore, E. (2018). S.T.I.C.K.: A Quality Improvement Pediatric IV Infiltration Prevention Bundle. *Journal of Pediatric Nursing*. doi:10.1016/j.pedn.2018.01.003
- Wizowski, L., Harper, T., & Hutchins, T. (2008). *Writing health information for patients and families* (3rd Ed.). Hamilton Health Sciences. Retrieved from www.hamiltonhealthsciences.ca
- Woodfin, K.O., Johnson, C., Parker, R., Mikach, C., Johnson, M., & McMullan, S.P. (2018). Use of a novel memory aid to educate perioperative team members on proper patient positioning technique. *AORN Journal*, 107(3), 325–332. doi:10.1002/aorn.12075
- Yosso, T.J. (2005). Whose culture has capital? A critical race theory discussion of community cultural wealth. *Race Ethnicity and Education*, 8(5), 69–91. doi:10.1080/1361332052000341006