

# ÉVALUATION DE LA PERTINENCE DES OBJECTIFS DE PROGRAMME: UNE MÉTHODOLOGIE APPROPRIÉE

Mariette Blais . Marthe Lavergne

De plus en plus à la mode, "l'évaluation" se retrouve sur toutes les lèvres et est déjà bien présente dans la plupart des milieux. Les institutions de soins n'échappent pas à cette vague, ce qui reflète le souci des dirigeants et des intervenants d'offrir des services de qualité. Un examen de la méthodologie utilisée lors de l'évaluation de la pertinence des objectifs poursuivis par un programme de formation peut donc s'avérer très utile, cette méthodologie pouvant être adaptée par la suite à d'autres contextes.

Mis sur pied en 1972, le programme de Certificat en santé communautaire de l'École des sciences infirmières de l'Université Laval avait alors pour mandat de satisfaire aux besoins de perfectionnement des infirmier(e)s déjà engagé(e)s dans l'exercice de leur profession. Répondant aux attentes du milieu et à l'évolution de la société en général, ce programme s'est toutefois au cours des ans orienté peu à peu vers une formation en santé communautaire axée plus spécifiquement sur une approche collective des problèmes de santé.

Suite à une demande institutionnelle de réévaluation des orientations du Certificat, les responsables du programme décidaient à l'automne 1982 de réaliser une étude portant sur la pertinence des objectifs de formation poursuivis par le programme en regard de l'évolution des professions et des besoins de la société. Cette évaluation constituait un moyen de vérifier si le programme répondait toujours à des besoins et s'ajoutait aux données déjà fournies tant par l'analyse des demandes d'admission que par les évaluations continues effectuées annuellement par le Comité de programme. Le but du présent article, tiré du **Rapport d'évaluation de la pertinence des objectifs de formation du programme de Certificat en santé communautaire** (Blais & Lavergne, 1983), n'est pas de mettre l'accent sur les résultats obtenus lors de cette étude, mais plutôt d'insister sur l'originalité de la démarche méthodologique.

## Le Certificat

Le Certificat en santé communautaire vise à aider l'étudiant(e) à améliorer ses interventions en santé en utilisant une approche globale face aux individus et à la communauté. De façon plus

Mariette Blais, inf., M.A.(ed.), est conseillère pédagogique et Marthe Lavergne, inf., M.Ps., est professeure agrégée à l'École des sciences infirmières à l'Université Laval, Québec.
--

spécifique, l'étudiant(e) est amené(e) à développer, à travers différentes connaissances reliées aux dimensions sociologiques et culturelles de la santé et de la maladie, des habiletés lui permettant entre autres de poser un diagnostic approprié sur les besoins de santé des individus et des groupes. Ces diverses acquisitions lui permettent par la suite de planifier des interventions en santé selon une démarche logique et cohérente et ce, dans une perspective de promotion de la santé et de prévention de la maladie. S'adressant à des adultes venus se perfectionner dans l'exercice de leur profession, le Certificat privilégie, par sa démarche pédagogique, le développement de leur autonomie et leur prise en charge personnelle. Afin de respecter les principes qui régissent l'éducation aux adultes, des méthodes andragogiques viennent donc favoriser la participation de l'étudiant(e) à sa formation.

Plus particulièrement, ce programme s'adresse à des adultes possédant un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent et qui ont cumulé un minimum de deux années d'expérience professionnelle dans le domaine de la santé. Même s'il est composé en majorité d'infirmier(e)s, ce programme rejoint une clientèle multidisciplinaire. Ce faisant, l'École des sciences infirmières a voulu rapprocher le Certificat de la réalité du domaine de la santé communautaire où prévaut de plus en plus le travail en équipe multidisciplinaire. Chaque intervenant(e) étant susceptible d'y côtoyer des professionnel(le)s d'autres disciplines, le certificat est ainsi devenu un lieu privilégié de rencontres, où tous peuvent partager leurs expériences et développer un terrain commun d'entente et de collaboration.

Le Certificat est offert selon les deux formules du temps complet et du temps partiel. Cette dernière mesure a attiré la faveur d'un grand nombre d'intervenant(e)s du domaine de la santé pour qui il peut être difficile de quitter le marché du travail durant toute une année académique.

Par ailleurs, même s'il constitue en soi un programme terminal, le Certificat offre également d'autres possibilités: d'une part, les crédits accumulés peuvent être comptabilisés à l'intérieur du Baccalauréat en sciences infirmières et, d'autre part, ce programme peut tenir lieu de mineure et conduire éventuellement à l'obtention d'un Baccalauréat général. Finalement, il importe d'ajouter qu'annuellement se tient un processus d'évaluation continue dont les résultats servent à guider les décisions du Comité de programme concernant les changements et les améliorations à apporter au Certificat.

### **Méthodologie**

Tel qu'il est précisé précédemment, suite à une demande institutionnelle de réévaluation des orientations du Certificat, les responsables du programme ont décidé de procéder à l'étude de la pertinence des objectifs poursuivis par ce programme de

formation en regard de l'évolution des professions et des besoins de la société.

Suite à l'examen de différents modèles d'évaluation des objectifs d'un programme, le Comité a finalement opté pour un modèle centré sur l'analyse des besoins de formation, ces besoins étant nécessairement le point d'origine de la formulation des objectifs. Une des particularités du modèle retenu est de considérer le besoin de formation comme étant l'écart ou la distance qui existe entre une situation désirée et une situation actuelle (Lapointe, 1982a). Tel que précisé par Lapointe (1982b, p.5):

Cette pratique (l'analyse des besoins) consiste en l'expression des finalités anticipées et désirées par les différents groupes engagés dans un système (situation désirée) et en leur comparaison avec les buts actuellement poursuivis (situation actuelle) pour ensuite distribuer, par ordre de priorité, les écarts (besoins) pouvant exister entre ces deux situations.

Dans la présente étude, la situation désirée a été identifiée comme étant l'importance que le Certificat **devrait accorder** à l'atteinte des objectifs de formation poursuivis alors que la situation actuelle a été définie comme étant l'importance que le programme leur **accorde** effectivement. Il s'agissait donc de déterminer l'écart ou la distance pouvant exister entre ces deux situations.

L'opérationnalisation de ce modèle d'analyse des besoins s'est faite à l'aide d'un instrument comportant une liste de 33 énoncés à laquelle quelques distracteurs avaient été insérés afin de vérifier l'attention des répondants. Chacun de ces énoncés était unidimensionnel et univoque tout en découlant directement des objectifs spécifiques poursuivis par le programme de formation. Ces objectifs provenaient du dossier présenté lors de l'élaboration du Certificat. Ils ont parfois été reformulés afin de les rendre plus concrets et aussi plus accessibles aux répondants tout en respectant leur sens originel. Des expressions telles "renseigner l'individu et le groupe sur les mesures à prendre pour conserver et améliorer la santé", "identifier les obstacles qui empêchent la réalisation de la tâche d'une équipe de travail" ou encore "expliquer les rapports qui existent entre la maladie, la population et l'environnement" sont quelques exemples d'énoncés sur lesquels les répondants devaient se prononcer.

De façon concrète et tel que présenté au tableau 1, les répondants devaient d'abord se prononcer sur l'importance que le Certificat devrait accorder à l'objectif de formation concerné (question A) et ensuite donner leur avis sur l'importance que le programme lui accorde effectivement (question B). L'information a été récoltée à l'aide d'une échelle d'appréciation à quatre positions, le répondant n'ayant qu'à encercler son choix de réponse. Enfin, l'instrument avait été pré-testé auprès de dix diplômé(e)s.

## Tableau 1

### Consignes accompagnant l'instrument de cueillette des données

---

#### Question A:

Selon votre expérience et en vous rappelant que le Certificat en santé communautaire est un programme de premier cycle équivalant à une année d'études universitaires et qu'il s'adresse à des intervenant(e)s en santé qui désirent acquérir une formation complémentaire à leur formation de base, QUELLE IMPORTANCE LE PROGRAMME DU CERTIFICAT DEVRAIT-IL ACCORDER A CET OBJECTIF DE FORMATION? Vous ne répondez donc pas en fonction de la santé communautaire en général, mais en vous référant à ces intervenant(e)s et à ce type de programme de formation.

#### Question B:

Selon votre expérience, QUELLE IMPORTANCE LE PROGRAMME DU CERTIFICAT ACCORDE-T-IL A CET OBJECTIF DE FORMATION?

Echelle d'appréciation:	Pas du tout d'importance	1
	Peu d'importance	2
	Assez d'importance	3
	Beaucoup d'importance	4
	Ne sais pas	x

---

Exemple:	QUESTION A	QUESTION B
	LE PROGRAMME DEVRAIT ACCORDER DE L'IMPORTANCE	LE PROGRAMME ACCORDE DE L'IMPORTANCE

---

- |  |             |             |
|--|-------------|-------------|
| 1. Expliquer les rapports que existent entre la maladie, la population et l'environnement. | 1 (2) 3 4 _ | 1 2 3 (4) _ |
|--|-------------|-------------|
- 

Dans cet exemple, un répondant qui a fait le Certificat en santé communautaire a encerclé 2 à la question A parce qu'il considère que le programme devrait accorder peu d'importance à cet objectif de formation. Pour la question B, il a encerclé 4 parce qu'il considère que le programme accorde beaucoup d'importance à cet objectif.

La population cible était composée de deux catégories de répondants. La première catégorie était formée de ceux et celles qui connaissaient le programme du certificat pour l'avoir vécu, c'est-à-dire tou(te)s les diplômé(e)s des années 1981, 1982, et 1983, soit une possibilité de 145 répondants. La deuxième catégorie regroupait les personnes qui, sans connaître le programme de Certificat, connaissaient par contre le champ d'intervention qu'est la santé communautaire. Ce groupe "d'experts" était composé en grand partie d'intervenant(e)s des D.S.C. et des C.L.S.C. exerçant des fonctions de gestion et/ou de planification, de professionnel(le)s du ministère de la Santé et des Services sociaux, de responsables de comités de formation dans des corporations professionnelles et, enfin, de professeurs de l'Ecole des sciences infirmières qui interviennent directement ou indirectement dans le programme. Dans la deuxième catégorie, on dénombrait 71 répondant(e)s. Il importe de préciser que dans l'instrument de cueillette des données, les diplômé(e)s ont reçu la consigne de donner leur avis sur les deux facettes des objectifs de formation, c'est-à-dire sur la situation désirée et sur la situation actuelle alors que les "experts" ont, pour leur part, reçu celle de fournir une opinion seulement sur la situation désirée.

La cueillette des données fut réalisée au cours du mois de juin 1983. Un envoi par la poste incluant un questionnaire et un enveloppe de retour pré-affranchie fut adressée à chacun des répondants. Après un délai de dix jours, un rappel téléphonique fut effectué auprès des gens qui n'avaient pas retourné leur questionnaire. Cette dernière démarche a permis d'obtenir une quarantaine de réponses supplémentaires. La collaboration des répondants fut jugée très satisfaisante compte tenu d'un taux de participation de 77,5 pour cent chez les experts (55 répondants) et de 75,2 pour cent chez les diplômé(e)s (109 répondants).

Les données recueillies ont, par la suite, fait l'objet d'une analyse descriptive cohérente avec la méthode retenue. A partir des résultats, la moyenne et l'écart-type (mesure de dispersion autour de la moyenne) ont été calculés pour chacun des 33 énoncés et ce, pour chacun des aspects de la situation (situation désirée et situation actuelle). Le calcul de la moyenne a été fait à partir de la valeur accordée à chacune des positions de l'échelle d'appréciation. Ainsi, la position "beaucoup d'importance" recevait la valeur 4, alors que la position "pas du tout d'importance" obtenait la valeur 1. Une autre mesure a également été calculée et c'est celle du coefficient de besoin. Ce coefficient a été calculé pour chaque énoncé et il correspond à l'écart qui existe entre la moyenne obtenue pour la situation désirée et la moyenne obtenue pour la situation actuelle. Il représente donc l'importance du besoin de formation non comblé et ce, pour chaque énoncé. Ainsi, à titre d'exemple, un énoncé ayant obtenu une moyenne de 3,66 pour la situation désirée et une moyenne de 2,88 pour la situation actuelle s'est vu attribuer un coefficient de besoin de 0,83. Dans ce cas précis, il s'agit de l'énoncé 12 qui apparaît à la figure 1. Il importe cependant de

mentionner que parmi toutes les mesures calculées, la moyenne a été de loin la plus utilisée.

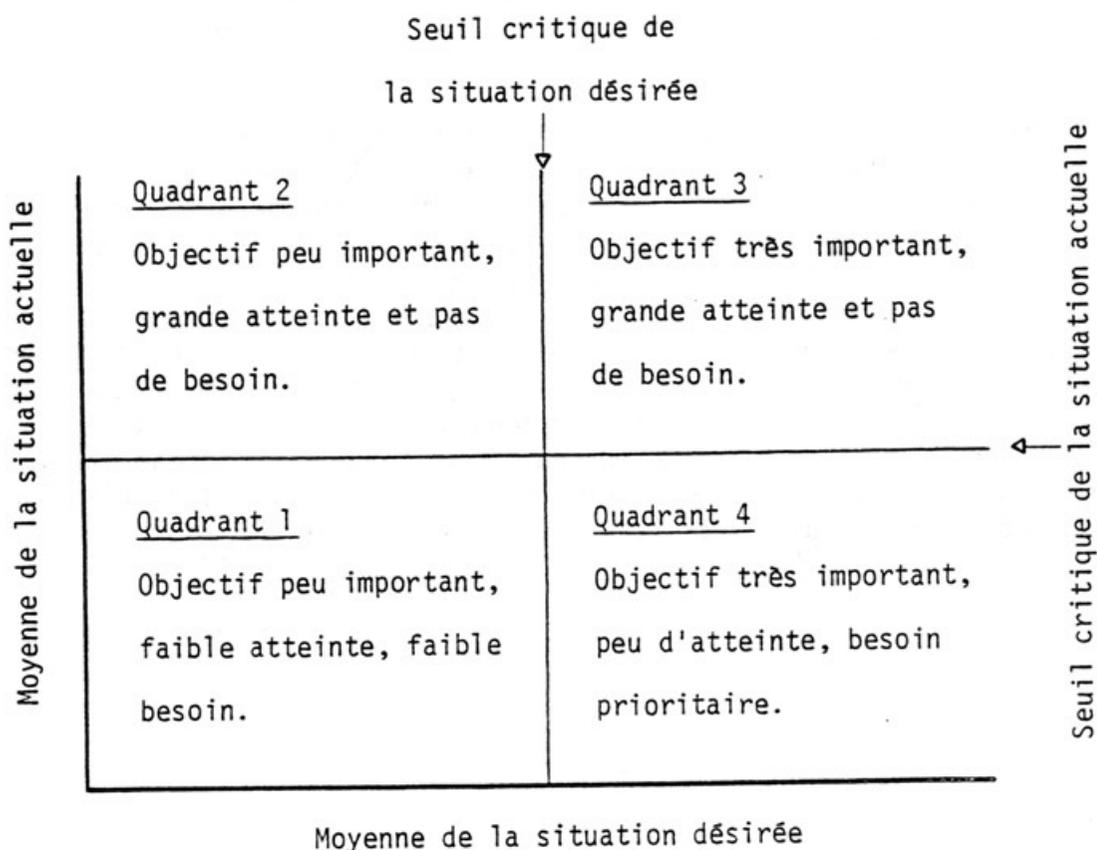
Ces différentes mesures ont été calculées pour l'ensemble des diplômé(e)s et également pour certains sous-groupes de cette catégorie de répondants. Ainsi, le sous-groupe de diplômé(e)s provenant des milieux de santé communautaire a fait l'objet d'une attention particulière. Il en est de même pour chaque sous-groupe de diplômé(e)s selon l'année de graduation.

### Procédure de présentation des résultats

Les résultats des mesures descriptives ont conduit à la construction de différents tableaux. Cependant, c'est un procédé graphique particulier à l'analyse des besoins qui a été le plus utilisé pour mettre en relation la situation désirée et la situation actuelle; il s'agit de la technique des axes critiques (Witkin, 1975, p.141). Cette technique offre la possibilité de déterminer les différents niveaux d'atteinte des objectifs et permet d'établir un ordre de priorité entre les besoins de formation comme le montre le tableau 2.

Tableau 2

#### Axes critiques d'Hershkowitz



Selon cette technique, pour chaque énoncé, on place en abscisse la moyenne obtenue pour la situation désirée, et en ordonnée la moyenne obtenue pour la situation actuelle. Le point de rencontre des lignes élevées perpendiculairement à chaque axe détermine la position de chaque énoncé dans le système d'axes. La moyenne globale (moyenne des moyennes) de la situation désirée et celle de la situation actuelle sont utilisées comme seuils critiques et divisent l'ensemble des points obtenus en quatre quadrants spécifiques. Le tableau suivant décrit la contribution de chaque quadrant dans la détermination d'un ordre de priorité des besoins. Grâce à cette technique, il devient possible de départager les objectifs importants (pertinents) de ceux qui le sont moins. Un autre de ses avantages est de disposer les objectifs déjà réalisés dans la partie supérieure du système d'axes alors que dans la partie du bas, on retrouve les objectifs non atteints, c'est-à-dire les besoins de formation.

Afin de mieux saisir l'application de cette technique, la figure 1 présente les résultats obtenus lors de l'étude pour une des catégories de répondants, les diplômé(e)s, et rend compte de la relation qui existe entre la situation désirée et la situation actuelle selon leur point de vue. Cette figure montre d'abord que 21 des 33 objectifs poursuivis par le programme de formation sont jugés importants et donc pertinents. Ces objectifs sont concentrés dans les quadrants 3 et 4. Par ailleurs, la plupart des objectifs considérés peu importants se retrouvent dans le quadrant 1, qui est également celui des faibles besoins. Il s'agit des objectifs 5, 7, 8, 13, 15... Le programme semble donc se préoccuper peu de ces objectifs et, aux yeux des répondants, ils constituent également des objectifs négligeables.

Pour sa part, le quadrant 4 permet d'identifier les objectifs importants, mais qui de l'avis des répondants ne sont pas suffisamment atteints. On observe donc pour ces derniers un écart entre la situation désirée et la situation actuelle. En effet, les répondants émettent l'avis que le programme devrait accorder de l'importance à ces objectifs, mais que dans les faits, il ne leur en accorde pas suffisamment. Dans ce cas, il pourrait s'avérer opportun d'envisager le déplacement des ressources utilisées pour atteindre des objectifs peu importants (quadrant 2) vers des objectifs considérés importants, mais peu atteints (quadrant 4). On peut donc se rendre compte que cette procédure de catégorisation des résultats tend également à favoriser la prise de décision.

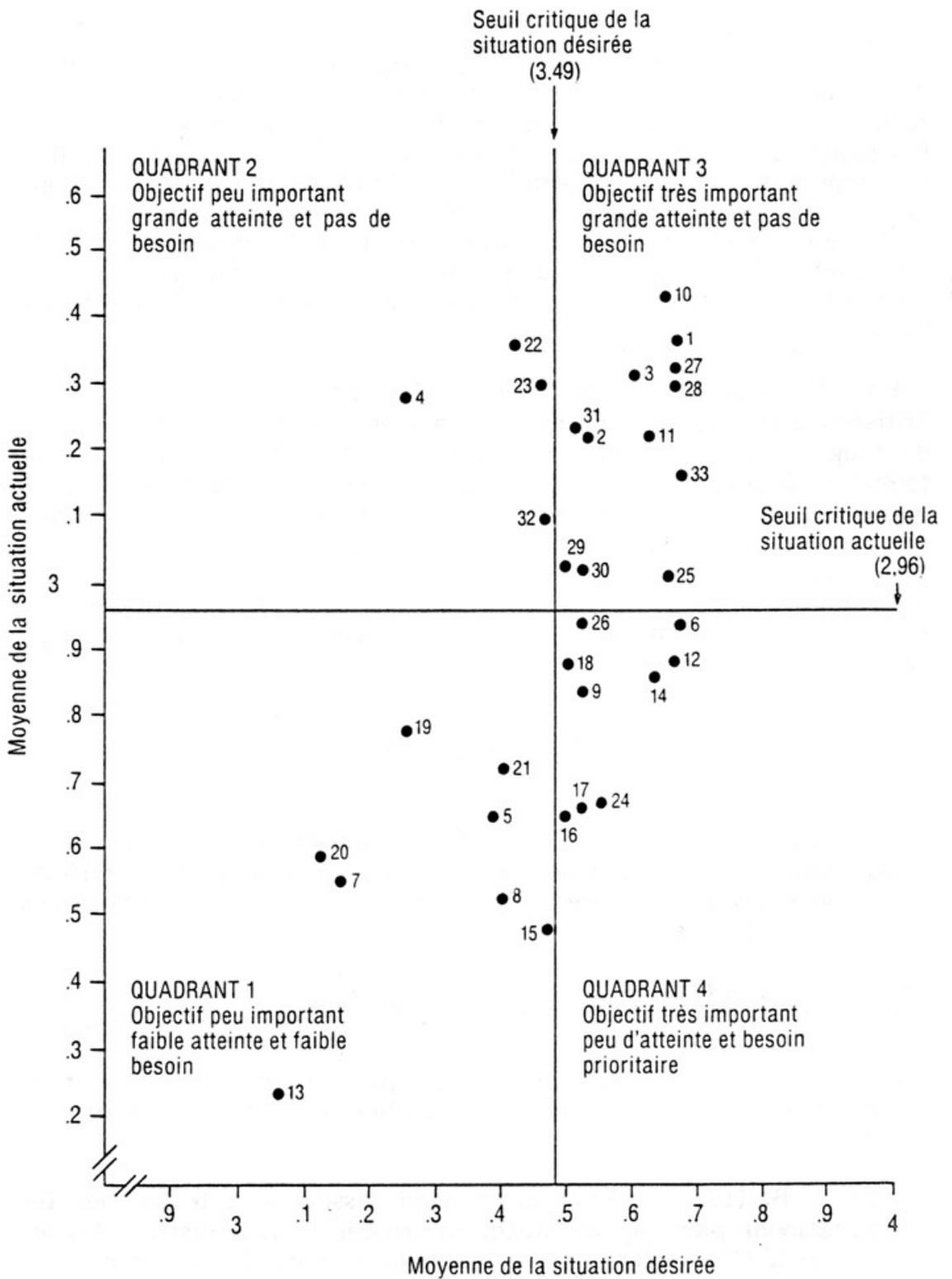


Figure 1

Axes critiques de la situation désirée et de la situation actuelle chez les diplômé(e)s.

## Conclusion

En définitive, le taux de participation élevé, le comportement des répondants vis-à-vis les distracteurs, la faible dispersion dans les opinions émises ainsi que la cohérence observée dans les résultats ont constitué des indices qui apportent des garanties sur la validité de cette démarche d'évaluation. Toutefois, l'échantillon des répondants soumis à l'étude comportait certaines limites dont la principale concerne le fait que les "experts" choisis n'avaient pas à donner leur avis sur la situation actuelle des objectifs de formation. Au cours de l'analyse des résultats, il n'a donc pas été possible de confronter les opinions des diplômé(e)s à celles des "experts".

Par ailleurs, le modèle d'évaluation retenu et les procédures utilisées pour catégoriser les résultats ont permis aux responsables du programme de se prononcer sur la pertinence des objectifs de formation poursuivis. Cette démarche a permis de faire le partage entre les points forts et les points faibles du programme tels que perçus par les diplômé(e)s et, en ce sens, a facilité les décisions du Comité de programme. De cette expérience, il s'est dégagé que le Certificat en santé communautaire est dans l'ensemble en excellente santé, même si certains besoins de formation se sont révélés partiellement comblés.

## RÉFÉRENCES

- Blais, M., & Lavergne, M. (1983). **Rapport d'évaluation de la pertinence des objectifs de formation du programme de Certificat en santé communautaire.** Québec: Université Laval, École des sciences infirmières.
- Lapointe, J. (1982a). L'inventaire des besoins en éducation et en formation I: le concept de besoin. **Performance**, 6(1), 16-21.
- Lapointe, J. (1982b). L'inventaire des besoins en éducation et en formation II: pourquoi inventorier les besoins. **Performance**, 6(2), 4-8.
- Witkin, R.B. (1975). **Analysis of needs assessment techniques for educational planning at state, intermediate and district levels.** Hayward, CA: Office of the Alameda County Superintendent of Schools.

Les auteurs tiennent à remercier Madame Lucie Vézina, assistante de recherche à l'École des sciences infirmières, pour sa contribution à la synthèse du rapport dont est tiré cet article.

## ABSTRACT

### Goal relevance assessment: An appropriate method

This article discusses the method used in a study reevaluating the objectives of a training program. First, there is a brief description of the program to help the reader grasp the context of the evaluation. The model retained for goal relevance assessment involves analyzing the need for training, since goal-setting is of necessity based on such a need. This need is defined as the gap between the desired situation and what currently exists. The desired situation is defined as the importance the program should accord to reaching training objectives, while the current situation is defined as the importance the program actually accords to reaching them. Data were collected using a list of training objectives, which made it possible to collect information on the desired as opposed to the current situation. Finally, a specific procedure for needs analysis and a critical path technique were used to categorize the results obtained. This technique is useful in determining the comparative relevance of objectives and identifying training needs which remain to be met.