

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Utilisation d'une carte conceptuelle pour développer la pensée critique de stagiaires  
en techniques d'hygiène dentaire au collégial

Par

Monique Delisle

Essai présenté à la Faculté d'éducation

en vue de l'obtention du grade de

Maître en éducation (M. Éd.)

Programme de Maîtrise en Enseignement

Octobre 2014

© Monique Delisle, 2014

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Faculté d'éducation

Utilisation d'une carte conceptuelle pour développer la pensée critique de stagiaires  
en techniques d'hygiène dentaire au collégial

Par Monique Delisle

a été évaluée par un jury composé des personnes suivantes :

Hélène Bergevin

Directrice de recherche

Lina Martel

Autre membre du jury

Essai accepté le :

## SOMMAIRE

Le programme d'hygiène dentaire a été implanté au Québec au début des années soixante-dix, la profession d'hygiéniste dentaire est donc relativement jeune. Toutefois, elle ne cesse de se développer et le nombre d'hygiénistes dentaires d'accroître; le tableau de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec atteindra bientôt six mille membres (Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, 2014). La prévention est désormais partie intégrante de notre système de santé et il est démontré que la santé dentaire va de pair avec la santé générale. Par conséquent, la prévention interpelle l'exercice d'une pensée critique.

Avec la modernité et la diversité des équipements, l'évolution des sciences de la santé et de la dentisterie ont favorisé une augmentation des responsabilités des hygiénistes dentaires. Puisque la profession évolue, le programme d'enseignement des techniques d'hygiène dentaire s'adapte en parallèle aux besoins du marché du travail afin que les diplômées et les diplômés soient pleinement aptes à exercer leur profession, dans les diverses avenues de la santé dentaire. Dans ce contexte, les hygiénistes dentaires doivent faire preuve d'un jugement clinique aiguisé et de pensée critique dans leur pratique auprès d'une clientèle de plus en plus diversifiée.

Le présent essai traite du développement de la pensée critique chez les étudiantes et les étudiants en hygiène dentaire au collégial. Une recension d'écrits nous a permis, entre autres, de constater l'efficacité de certaines stratégies pédagogiques dans le développement de la pensée critique. L'expérimentation consiste à valider l'utilisation d'une stratégie pédagogique relative à l'emploi de cartes conceptuelles pour élaborer le plan d'intervention en hygiène dentaire auprès de la clientèle de la clinique d'hygiène dentaire, par des stagiaires du cégep Édouard-Montpetit en techniques d'hygiène dentaire.

Notre question générale de recherche se pose ainsi : en quoi l'élaboration et l'interprétation de cartes conceptuelles permettent-elles de favoriser des aptitudes de pensée critique chez les stagiaires en hygiène dentaire?

La recension d'écrits nous a permis de retenir deux modèles de pensée critique; le modèle de pratique en hygiène dentaire (Darby et Walsh, 2010) et le modèle de pensée critique en soins infirmiers de Kataoka-Yahiro et Saylor (1994). Nous avons intégré une partie du second modèle au premier, puis avons formulé nos trois objectifs de recherche qui consistent à :

1. Vérifier l'appréciation de stagiaires de la stratégie pédagogique représentant le plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle auprès de la clientèle en stage clinique.
2. Identifier les perceptions de stagiaires de l'exercice de leur pensée critique à partir des plans d'interventions en hygiène dentaire qu'elles présentent sous forme de cartes conceptuelles.
3. Évaluer la pratique de la pensée critique exercée par les stagiaires lors de la réalisation de leurs plans d'intervention en hygiène dentaire sous forme de cartes conceptuelles.

Nos objectifs de recherche ont orienté notre choix méthodologique vers la recherche développement. Nous avons effectivement conçu une stratégie pédagogique représentant le plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme d'une carte conceptuelle. Nous avons privilégié une approche méthodologique mixte en recueillant des données quantitatives et des données qualitatives. Ces données ont été recueillies à partir d'un questionnaire d'appréciation, d'entrevues semi-dirigées, d'un journal de bord et des observations directes relevées en stage clinique incluant l'analyse des plans d'interventions complétés par les participantes.

L'analyse et l'interprétation des résultats nous ont permis de constater l'efficacité de la stratégie pédagogique des cartes conceptuelles pour favoriser la pensée critique, dans le contexte de notre expérimentation. Nous avons tiré la conclusion que le plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle a favorisé chez les stagiaires participantes l'établissement de liens plus pertinents par rapport aux données cliniques des clientes et clients traités. Il s'est avéré efficace dans l'organisation de leurs connaissances et leur a permis de développer des attitudes et des normes intellectuelles de pensée critique. De plus, il leur a permis de développer certaines compétences nationales à travers le modèle de pratique en hygiène dentaire.

La pensée critique implique entre autres, des attitudes et des normes intellectuelles dans un processus de réflexion qui se veut approfondi. Elle permet de prendre des décisions éclairées, favorisant un jugement adapté à chaque situation clinique. Puisque l'utilisation de cartes conceptuelles favorise la pensée critique, la perspective de les intégrer dans le processus d'apprentissage pédagogique serait bénéfique. Cela dit, leur intégration dans les milieux professionnels serait aussi à considérer, dans la mesure où elles favorisent un processus de réflexion centré sur le client dans le but de lui rendre les meilleurs services possibles.



## TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>3</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>12</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>13</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES</b> .....	<b>14</b>
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>15</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>17</b>
<b>PREMIER CHAPITRE – LA PROBLÉMATIQUE</b> .....	<b>21</b>
1. LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE .....	21
1.1. L’historique de la profession d’hygiéniste dentaire .....	21
1.2. La pratique professionnelle contemporaine .....	22
2. LE DÉVELOPPEMENT DE LA PENSÉE CRITIQUE .....	23
2.1. L’enseignement et la pratique de l’hygiène dentaire au Canada .....	24
2.2. La formation fondamentale au cégep Édouard-Montpetit .....	26
2.2.1. La formation générale .....	26
2.2.2. Le plan stratégique .....	26
2.2.3. Le projet éducatif .....	27
2.3. La pensée critique en hygiène dentaire .....	27
2.4. L’enseignement des mesures préventives et la pensée critique .....	29
2.4.1. L’enseignement des mesures préventives au collégial .....	29
2.4.2. Les lacunes des stagiaires .....	31
2.4.3. Le manque de connaissances et de formation chez les enseignantes et enseignants à propos de la pensée critique .....	34

2.5. La question générale de recherche.....	36
<b>DEUXIÈME CHAPITRE – LE CADRE DE RÉFÉRENCE.....</b>	<b>39</b>
1. LA PENSÉE CRITIQUE .....	39
1.1. La stratégie pour la recension d’écrits .....	39
1.2. Les définitions de la pensée critique.....	40
1.2.1. Le modèle de pensée critique en soins infirmiers .....	46
1.2.2. Le modèle de pratique en hygiène dentaire.....	51
1.2.3. Le modèle de pratique en hygiène dentaire retenu.....	55
1.2.4. Les besoins humains fondamentaux en hygiène dentaire .....	57
2. LES CARTES CONCEPTUELLES.....	58
3. LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE RECHERCHE .....	62
<b>TROISIÈME CHAPITRE – LA MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>63</b>
1. L’APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	63
1.1. Le type de recherche.....	64
2. LES PARTICIPANTES À LA RECHERCHE.....	65
2.1. La conception du gabarit du PIHD sous forme de carte conceptuelle.....	65
2.2. Le processus de validation.....	67
2.2.1. Les enseignantes.....	67
2.2.2. Les étudiantes stagiaires.....	68
2.2.3. Le questionnaire d’appréciation.....	68
3. LES TECHNIQUES ET LES INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNÉES.....	70
3.1. Le journal de bord.....	70
3.1.1. Le journal de bord de la chercheure .....	71
3.1.2. Le journal de bord des étudiantes.....	71

3.2.	Le questionnaire d'appréciation .....	71
3.3.	L'observation semi-participante .....	72
3.3.1.	Les PIHD complétés par les participantes .....	72
3.4.	L'entrevue semi-dirigée.....	73
4.	LE DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE .....	73
4.1.	Les phases du modèle de recherche développement en éducation.....	73
4.2.	La préparation à l'expérimentation du PIHD sous forme de carte conceptuelle .....	75
4.2.1.	Le contexte des stages cliniques en hygiène dentaire .....	75
4.2.2.	Le contexte de l'expérimentation.....	75
4.3.	L'expérimentation du PIHD sous forme de carte conceptuelle.....	76
5.	LA DÉMARCHE D'ANALYSE .....	78
6.	LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES .....	78
7.	LES MOYENS POUR ASSURER LA RIGUEUR ET LA SCIENTIFICITÉ.....	79
<b>QUATRIÈME CHAPITRE – PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....</b>		<b>81</b>
1.	LE QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION.....	81
1.1.	L'évaluation : résultats de l'appréciation des participantes.....	82
1.2.	L'évaluation : résultats de la chercheure .....	85
1.3.	Le diagnostic en hygiène dentaire : résultats de l'appréciation des participantes.....	89
1.4.	Le diagnostic en hygiène dentaire : résultats de la chercheure. ....	90
1.5.	La planification : résultats de l'appréciation des participantes.....	93
1.6.	La planification : résultats de la chercheure. ....	94
1.7.	La mise en œuvre : résultats de l'appréciation des participantes .....	96

1.8.	La mise en œuvre : résultats de la chercheure.....	98
1.9.	Les attitudes reliées à la pensée critique : résultats recueillis auprès des participantes.....	99
1.10.	Les attitudes reliées à la pensée critique : les résultats de la chercheure.....	100
1.11.	Les normes intellectuelles reliées à la pensée critique : résultats recueillis auprès des participantes .....	102
1.12.	Les normes intellectuelles reliées à la pensée critique : résultats de la chercheure.....	104
1.13.	La comparaison entre le PIHD conventionnel et celui sous forme de carte conceptuelle .....	106
1.13.1.	L'exercice de la pensée critique lors de la réalisation du PIHD sous forme de carte conceptuelle : résultats recueillis auprès des participantes. ....	106
1.13.2.	L'exercice de la pensée critique lors de la réalisation du PIHD conventionnel : résultats recueillis auprès des participantes.....	107
2.	L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE.....	108
2.1.	Les attitudes reliées à la pensée critique.....	109
2.2.	Les normes intellectuelles reliées à la pensée critique : clarté, logique et profondeur.....	109
2.3.	La clarté et la complétude.....	110
2.4.	L'adaptation du PIHD à la situation clinique .....	113
2.4.1.	La comparaison avec le PIHD conventionnel .....	114
2.4.2.	La capacité de faire des liens .....	114
2.5.	La synthèse et l'accessibilité aux informations avec la carte conceptuelle .....	115
2.6.	La pensée critique : pensée réflexive orientée vers une décision.....	116
3.	LA DISCUSSION GÉNÉRALE DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE.....	117

4. LES LIMITES DE LA RECHERCHE.....	120
5. LES PISTES D'AVENIR .....	121
CONCLUSION.....	123
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	125
ANNEXE A Extrait du code des professions.....	131
ANNEXE B Les compétences nationales en hygiène dentaire.....	135
ANNEXE C Extrait du document : Les exigences d'agrément en hygiène dentaire, mis à jour en novembre 2011.....	139
ANNEXE D Compétences du programme en hygiène dentaire : formation spécifique .....	143
ANNEXE E Extrait du devis ministériel .....	147
ANNEXE F Une liste des 35 stratégies de la pensée critique .....	151
ANNEXE G Plan d'intervention en hygiène dentaire conventionnel .....	155
ANNEXE H Plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle.....	161
ANNEXE I Première version du PIHD sous forme de carte conceptuelle.....	165
ANNEXE J Version finale du PIHD sous forme de carte conceptuelle (complétée par une participante durant la troisième séance de l'expérimentation)...	169
ANNEXE K Consentement éclairé .....	173
ANNEXE L Grille d'appréciation des stagiaires participantes .....	179
ANNEXE M Extrait du cahier de prévention .....	186
ANNEXE N Canevas d'entrevue .....	193
ANNEXE O Cas 1 questionnaire médical et dentaire, dépistage et PIHD sous forme de carte conceptuelle .....	197
ANNEXE P Cas 2 PIHD sous forme de carte conceptuelle .....	207
ANNEXE Q Verbatim des entrevues semi-dirigées .....	211

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Les mots clés .....	40
Tableau 2	Les capacités et attitudes de la pensée critique selon Ennis.....	41
Tableau 3	Les 16 habitudes de pensée reliées à la résolution de problèmes .....	44
Tableau 4	La pensée critique selon Paul.....	45
Tableau 5	Les composantes de la pensée critique en soins infirmiers appliquées en hygiène dentaire .....	50
Tableau 6	Le modèle de pratique en hygiène dentaire.....	52
Tableau 7	Les étapes d'élaboration d'une carte conceptuelle.....	59
Tableau 8	Les 5 phases macroscopiques du modèle de recherche développement en éducation.....	74
Tableau 9	Les résultats de l'étape « L'évaluation » du questionnaire d'appréciation .....	82
Tableau 10	Les résultats de l'étape «Le diagnostic en hygiène dentaire» du questionnaire d'appréciation.....	89
Tableau 11	Les résultats de l'étape «La planification» du questionnaire d'appréciation.....	93
Tableau 12	Les résultats de l'étape «La mise en œuvre» du questionnaire d'appréciation.....	97
Tableau 13	Les résultats des données de la question 28 concernant les 11 attitudes reliées à la pensée critique du questionnaire d'appréciation.....	99
Tableau 14	Les résultats des données de la question 29 concernant les 14 normes intellectuelles reliées à la pensée critique du questionnaire d'appréciation.....	103
Tableau 15	Les résultats des données quantitatives des questions 30 à 32 du questionnaire d'appréciation .....	106
Tableau 16	Les résultats des données quantitatives des questions 33 à 35 du questionnaire d'appréciation.....	107

**LISTE DES FIGURES**

Figure 1	Le cadre structurel de réflexion (Halpern, 2003).....	43
Figure 2	Le modèle de la pensée critique pour le jugement clinique en soins infirmiers (traduction libre).....	47
Figure 3	L'adaptation du modèle de pratique en hygiène dentaire retenu. ....	56

**LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES**

ACHD	Association canadienne des hygiénistes dentaires
ACI	Accord sur le commerce intérieur
BNCHD	Bureau national de la certification en hygiène dentaire
CADC	Commission de l'agrément dentaire du Canada
CCTDI	<i>California critical thinking disposition inventory</i>
CCTST	<i>California critical thinking skills test</i>
CDC	Centre de documentation collégiale
FDHRA	Fédération des organismes de réglementation en hygiène dentaire
HD	Hygiène dentaire
OHDQ	Ordre des hygiénistes dentaires du Québec
PIHD	Plan d'intervention en hygiène dentaire
PSR	<i>Periodontal screening and recording</i>
SB	Santé buccodentaire
THD	Techniques d'hygiène dentaire

## REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier Raymonde Gosselin, conseillère pédagogique et enseignante, qui m'a initiée à ce projet. Sa passion contagieuse pour la recherche et sa grande disponibilité m'ont été salutaires. Un grand merci à Hélène Bergevin, ma directrice d'essai pour sa rigueur et sa perspicacité. Merci à Madame Lina Martel d'avoir accepté d'agir à titre d'évaluatrice pour cet essai.

Sincères remerciements à Madame Francine Létourneau pour son expertise, ses nombreux et précieux services pour la mise en page. Merci aussi aux secrétaires de la clinique-école du cégep Édouard-Montpetit, Chantal Gagné, Marlène Revert et Danielle Chabot pour leur entière collaboration dans la coordination des rendez-vous lors de l'expérimentation et la gestion des dossiers.

À mes collègues de bureau, Fabienne et Carole pour leur intérêt envers mon projet et leur gentillesse au quotidien, j'apprécie notre belle complicité. Un grand merci aux enseignantes et enseignant de mon département pour leur collaboration et leur ouverture lors de mon expérimentation.

Je remercie aussi les étudiantes qui ont accepté d'emblée de participer à mon projet d'expérimentation, et ce, avec beaucoup d'intérêt. Les étudiants et étudiantes en hygiène dentaire sont ma source d'inspiration et contribuent à mon désir de me surpasser.

Enfin, merci à mon époux pour son oreille attentive, son soutien et ses mots d'encouragement, tout au long de mon processus de recherche et de rédaction.

«L'esprit critique est l'enfant naturel de la liberté, d'une part; de la rigueur intellectuelle, d'autre part» (Jean-Paul Desbiens, 1999, p.7).

## INTRODUCTION

De nos jours, il est particulièrement important d'être bien informé, de juger de la crédibilité et de la pertinence des sources d'information étant donné la quantité phénoménale à laquelle nous avons accès et les multiples enjeux amenés avec la modernité. «Les personnes qui font preuve d'une pensée critique sont, en principe, mieux armées pour se développer d'une façon continue, non seulement sur le plan cognitif, mais aussi sur les plans affectif, professionnel et social» (Laliberté, 1995, p. 305).

La pensée critique est nécessaire dans le domaine de la santé à des fins fort variées telles que communiquer avec les patients et les pairs, défendre des programmes de santé dans la communauté et en santé publique, élaborer et présenter des conférences et rédiger des articles scientifiques (Jenicek et Hitchcock, 2005).

La profession d'hygiéniste dentaire est en constante évolution, tout comme les milieux d'enseignement du programme d'hygiène dentaire. Depuis 2007, un projet de réforme de la nomenclature et de la réglementation de la profession est en cours. Dans ce contexte de modernisation, de reconnaissance et de valorisation de la profession, nous voulons nous pencher sur l'enseignement de la pensée critique chez les étudiantes et étudiants en techniques d'hygiène dentaire, afin de mieux les préparer à prendre des décisions adaptées au contexte situationnel de chaque cliente et client.

Plusieurs recherches documentées traitent de l'importance de la pensée critique à tous les niveaux scolaires et particulièrement au niveau postsecondaire (Beaulieu, 2005; Boisvert, 1997a; Brookfield, 1997; Castonguay-Payant, 2012; Chapelle, 2009; Desbiens, 1999; Garneau, 2011; Lang, 2010; Lipman, 1988; Paul, 1993b), non seulement pour le développement des savoirs scientifiques, mais de surcroît, dans le but de former des personnes responsables, autonomes, souveraines intellectuellement et capables de réfléchir par elles-mêmes lorsque que vient le temps de prendre des décisions dans une société moderne de consommation où le choix des

valeurs nécessite une certaine réflexion (Boisvert, 1997*b*; Déziel, 2010; Nickerson, 1987 dans Romano, 1993).

Or, l'enseignement favorisant les aptitudes de pensée critique constitue un défi important pour les enseignants et les enseignantes. Plusieurs stratégies pédagogiques sont appliquées dans les techniques d'hygiène dentaire dans le but de développer les aptitudes de pensée critique, soient les exercices de résolution de problèmes, les études de cas, les discussions de groupes, etc. Par ailleurs, ces stratégies pédagogiques sont-elles les seules efficaces dans notre pratique d'enseignement en milieu clinique? D'après notre expérience empirique professionnelle et à titre d'enseignante en hygiène dentaire, la contrainte de temps est souvent une barrière à la réalisation d'activités pédagogiques favorisant la mise en action des étudiantes et étudiants sur le plan intellectuel. Nous constatons, par conséquent, des lacunes au niveau du plan d'intervention en hygiène dentaire : les stagiaires ne parviennent pas à placer leurs clientes et clients au centre de leur pratique et à adapter leurs interventions en fonction des besoins spécifiques de ces derniers. En dépit d'avoir acquis toutes les notions théoriques durant les cours, le transfert des apprentissages en situation clinique s'avère laborieux. Plusieurs difficultés sont régulièrement verbalisées par les stagiaires à propos de l'enseignement des mesures préventives aux clientes et clients. À cet égard, les cartes conceptuelles, consistant à illustrer, hiérarchiser et relier des concepts par des lignes, des flèches et des propositions, s'avèreraient-elles une stratégie pédagogique pertinente, autant pour les étudiantes et étudiants que les enseignantes et enseignants, dans une optique d'organisation des connaissances et de développement de la pensée critique? Nous sommes intéressée à connaître l'influence des cartes conceptuelles, en tant que stratégie pédagogique, sur le développement de la pensée critique en hygiène dentaire.

La recherche présentée dans cet essai comprend quatre chapitres. Le premier chapitre expose d'abord le contexte de la recherche. Dans un deuxième temps, nous présentons les difficultés manifestées par les stagiaires en techniques d'hygiène dentaire quant au développement de la pensée critique. Nous terminons le chapitre avec la question générale de recherche.

Le second chapitre constitue le cadre de références nous permettant de définir les deux concepts centraux dans notre projet de recherche actuel soient : la pensée critique et les cartes conceptuelles. Nous explicitons aussi le modèle de pratique en hygiène dentaire, ainsi que les observations scientifiques et empiriques qui soutiennent nos propos. Cette recension d'écrits nous permet de formuler nos objectifs de recherche.

Dans le troisième chapitre, nous exposons notre approche méthodologique. Nous présentons les participantes à la recherche, les techniques et les instruments de collecte des données, le déroulement de la recherche, la démarche d'analyse, les considérations éthiques et les moyens pour assurer la rigueur et la scientificité.

Le quatrième chapitre présente l'analyse et l'interprétation des résultats, suivies d'une discussion générale de ceux-ci, en lien avec la problématique. S'en suivent, les limites et les pistes futures, en lien avec l'expérimentation ainsi que la conclusion.



## **PREMIER CHAPITRE**

### **LA PROBLÉMATIQUE**

Nous présentons ici la démarche nous ayant menée à la question générale de recherche. En premier lieu, nous dressons l’historique de la profession d’hygiéniste dentaire ainsi qu’un portrait de la pratique professionnelle contemporaine. En second lieu, nous présentons le problème de recherche, dans lequel les difficultés liées à la pensée critique en techniques d’hygiène dentaire sont présentées. Nous terminons cette dernière partie du chapitre avec notre question générale de recherche.

#### **1. LE CONTEXTE DE LA RECHERCHE**

Dans un premier temps, un regard historique de la profession d’hygiéniste dentaire, suivi d’un bref portrait de la pratique professionnelle actuelle permettront de situer le contexte de la recherche.

##### **1.1. L’historique de la profession d’hygiéniste dentaire**

La profession d’hygiéniste dentaire a vu le jour aux États-Unis, en 1913 où le Docteur A.C. Fones a implanté le programme à Bridgeport, au Connecticut (Connecticut dental hygienists’ association, 2013). La spécialisation en soins dentaires préventifs fera ses débuts au Canada plusieurs décennies plus tard. En 1951, la première hygiéniste dentaire canadienne gradue du *College of dental surgeons* en Saskatchewan (College of dental hygienists of British Columbia, 2013). Au Québec, en 1962, le Collège des chirurgiens-dentistes du Québec crée un corps professionnel d’hygiénistes dentaires; il en régleme les conditions d’admission et les fonctions que les hygiénistes dentaires peuvent occuper (Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, 2000). En 1972, le programme en hygiène dentaire est implanté au niveau collégial. L’année suivante voit apparaître le système professionnel tel que nous le

connaissons aujourd'hui; le Code des professions du Québec, qui constitue la loi-cadre du système professionnel québécois, est sanctionné. Les ordres professionnels sont désormais responsables de la protection du public (*Ibid.*). Les articles 36 k) et 37 k) assurant le titre réservé et les fonctions de l'hygiéniste dentaire sont insérés au Code des professions (voir annexe A).

## **1.2. La pratique professionnelle contemporaine**

Les hygiénistes dentaires doivent être membres d'un organisme provincial de réglementation pour avoir le droit d'exercer (Institut canadien d'information sur la santé, 2004). Au Québec, il s'agit de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, régi par le Code des professions. Les hygiénistes dentaires assument différentes responsabilités en matière de prévention : promotion de la santé buccodentaire, éducation et santé dentaire publique, thérapie clinique par l'exécution de traitements préventifs et curatifs, recherche, enseignement des mesures préventives à la clientèle en cabinet (*Ibid.*). Les hygiénistes dentaires procèdent au dépistage, à la prise de radiographies dentaires et établissent le plan de traitement préventif. Elles ou ils peuvent aussi œuvrer dans les diverses spécialités dentaires, comme par exemple, la parodontie, l'orthodontie ou la pédodontie.

Depuis 2007, un projet de modernisation de la pratique professionnelle est en cours pour modifier la législation des professions dentaires au Québec. Ce projet vise, entre autres, à octroyer davantage d'autonomie aux hygiénistes dentaires, ce qui leur permettrait d'exercer leurs fonctions sans la supervision obligatoire du dentiste (OHDQ, 2012a). Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (2004), la pratique autonome est la norme dans la plupart des provinces canadiennes et il y a un accroissement du niveau des responsabilités et de l'autonomie dans la majorité des pays en ce qui concerne la pratique de l'hygiéniste dentaire (Johnson, 2009). Dans ce contexte de modernisation de la profession où l'hygiéniste dentaire se verra attribuer davantage de responsabilités liées à une autonomie accrue de son exercice, le développement de la pensée critique et du jugement clinique prend tout son sens.

Il importe donc aux enseignantes et enseignants hygiénistes dentaires d'établir des mesures pour développer la pensée critique chez les étudiantes et étudiants en hygiène dentaire, afin d'aiguiser leur jugement clinique et leur autonomie.

La pratique contemporaine de l'hygiéniste dentaire nécessite diverses habiletés. Un projet de collaboration réunissant tous les organismes qui règlementent la profession, notamment, l'Association canadienne des hygiénistes dentaires (ACHD), la Fédération des organismes de réglementation en hygiène dentaire (FDHRA), la Commission de l'agrément dentaire du Canada (CADC), le Bureau national de la certification en hygiène dentaire (BNCHD) ainsi que les professeures en hygiène dentaire participant au projet de collaboration ont permis d'identifier les fonctions de l'hygiéniste dentaire. Elles sont énumérées comme suit :

- a) L'aspect professionnel
- b) La communication et la collaboration
- c) La recherche
- d) La défense des droits
- e) La coordination
- f) La thérapie clinique
- g) L'éducation en santé buccodentaire
- h) La promotion de la santé

Chacune de ces fonctions nécessite des habiletés dont la description complète se trouve dans le document : Compétences et normes d'agrément et de pratique pour les hygiénistes dentaires au Canada (Association canadienne des hygiénistes dentaires 2010). Ces compétences nationales en hygiène dentaire sont explicitées au tableau 1, à l'annexe B du présent essai.

## 2. LE DÉVELOPPEMENT DE LA PENSÉE CRITIQUE

L'exercice des huit fonctions de l'hygiéniste dentaire nécessite des aptitudes de réflexion et de pensée critiques. Les différentes instances nationales en matière

d'enseignement soulignent l'importance de développer les aptitudes de pensée réflexive des étudiantes et étudiants. Or, ceci constitue une responsabilité significative et pose des difficultés que nous élaborerons dans les prochaines lignes.

### **2.1. L'enseignement et la pratique de l'hygiène dentaire au Canada**

La Commission de l'agrément dentaire du Canada (CADC) évalue les programmes d'enseignement des établissements postsecondaires qui forment les spécialistes des soins de santé buccodentaire au service du public canadien. La CADC a pour mission de développer et de viser l'excellence des programmes de formation en médecine dentaire ainsi qu'en hygiène dentaire (Commission de l'agrément dentaire du Canada, 2013). Son mandat est de guider les institutions d'enseignement du Canada, de leur recommander les méthodes et les mesures leur permettant de satisfaire aux exigences d'agrément national, d'améliorer leur programme et de favoriser l'innovation en matière d'enseignement (*Ibid.*). Parmi les recommandations de la CADC, l'une d'entre elles aborde particulièrement l'intégration de stratégies pédagogiques permettant de développer les aptitudes de prises de décision et de jugement critique, et ce, tout au long de la formation :

Les stratégies d'enseignement et d'apprentissage doivent être efficacement intégrées et coordonnées afin que les expériences d'apprentissage des étudiants soient complètes, à jour et promeuvent leur capacité à démontrer des aptitudes de prise de décision et de jugement critique. (Commission de l'agrément dentaire du Canada 2011, p. 13).

Ainsi, les enseignantes et enseignants doivent concevoir et appliquer des stratégies pédagogiques adaptées au développement de la pensée critique, indispensable à la prise de décisions d'ordre clinique par les futures et futurs hygiénistes dentaires. Des ententes entre les provinces, dans le contexte de l'Accord sur le commerce intérieur (ACI), permettent désormais aux hygiénistes dentaires possédant un permis de pratique au Québec, d'aller pratiquer dans une autre province sans avoir à passer l'examen de la certification nationale (Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, 2011). Il incombe donc aux collèges québécois de s'assurer que

les diplômées et diplômés en hygiène dentaire de la province soient en mesure de pratiquer ailleurs au Canada, où les hygiénistes sont autonomes dans leur pratique. En somme, la pensée critique est indispensable à la pratique de l'hygiène dentaire (Ressources humaines et développement des compétences Canada, 2012).

Au Québec, la formation des hygiénistes dentaires relève d'un programme technique offert au cégep. Le cégep étant défini par l'Office québécois de la langue française (2013) comme un «établissement public d'enseignement collégial où l'on offre la formation préuniversitaire et la formation technique». Dans certaines provinces canadiennes ainsi qu'aux États-Unis et ailleurs dans le monde, les études en hygiène dentaire se poursuivent à l'université. De fait, il n'existe aucune faculté universitaire en hygiène dentaire au Québec. L'unique avenue universitaire possible dans le domaine de l'enseignement ne correspond pas à la discipline proprement dite. Au niveau disciplinaire, la recherche et le développement sont limités à la rédaction d'articles scientifiques, les présentations et ateliers dans le cadre de la politique de formation continue obligatoire. En effet, les hygiénistes dentaires qualifiées et qualifiés doivent obligatoirement être membres de l'Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (OHDQ), qui octroie le permis de pratique. La politique de formation continue obligatoire de l'OHDQ astreint ces professionnelles et professionnels à un minimum de 40 heures de formation continue par période de deux ans (OHDQ, 2012*b*).

Néanmoins, au terme des trois années d'études collégiales du programme, les graduées et gradués en hygiène dentaire intègrent leur profession de première ligne en matière de prévention des maladies buccodentaires. Profession qu'elles ou ils peuvent exercer dans différents milieux et spécialités, avec des clientèles diversifiées ainsi que de multiples ressources et équipements dont la modernité évolue sans cesse. En somme, l'importance de la formation de la pensée critique dans le cadre de la formation professionnelle au niveau collégial nous apparaît évidente.

## 2.2. La formation fondamentale au cégep Édouard-Montpetit

### 2.2.1. La formation générale

Le programme Techniques d'hygiène dentaire comprend une composante de formation générale qui est commune à tous les programmes d'études, une composante de formation propre au programme, une composante de formation générale complémentaire aux autres programmes et une composante de formation spécifique (Gouvernement du Québec, 1997). La formation générale comprend, entre autres, trois cours de philosophie. Puisque la pensée critique est un concept fondamental dans cette discipline, il nous semble pertinent de mentionner que les étudiantes et étudiants en Techniques d'hygiène dentaire suivent trois cours de philosophie intitulés a) Philosophie et rationalité, b) Philosophie : l'être humain c) Philosophie : éthique et politique. Les objectifs poursuivis sont :

1. Apprécier des problèmes éthiques de la société contemporaine dans leurs dimensions personnelles, sociales et politiques;
2. Traiter d'une question philosophique de façon rationnelle;
3. Présenter des conceptions modernes et contemporaines de l'être humain et en montrer l'importance (*Ibid*, p. 4 et 6).

Dans sa thèse de doctorat en philosophie, Lang (2010) affirme que la pensée critique est au cœur de l'éducation à la citoyenneté. Il apparaît nécessaire, selon lui «que le citoyen puisse penser d'une manière critique afin de produire de bons jugements, des jugements conséquents avec la volonté générale» (*Ibid.*). Dans la mesure où le principe d'interdisciplinarité implique un transfert des apprentissages d'une discipline à l'autre, le jugement clinique et l'éthique professionnelle sont directement reliés à la pensée critique, développée durant les cours de philosophie.

### 2.2.2. Le plan stratégique

Dans son plan stratégique, notre cégep s'est donné pour mission de viser le développement de personnes compétentes, autonomes, critiques et engagées dans leur milieu. La première orientation du plan stratégique vise l'amélioration de la réussite éducative des étudiantes et étudiants. Celle-ci passe par une réaffirmation de la valeur

du travail intellectuel en développant, entre autres, la pensée critique ainsi que la capacité d'analyse et de synthèse (Cégep Édouard-Montpetit, 2012).

### 2.2.3. *Le projet éducatif*

Quant au projet éducatif, il compte «veiller à ce que nos étudiantes et étudiants [...] deviennent des citoyens capables d'exercer leur sens critique» (Cégep Édouard-Montpetit, 2004, p. 4). Aussi, s'engage-t-il à ce que les étudiantes et étudiants acquièrent les connaissances et développent les habiletés et les attitudes pouvant les amener à penser et agir avec davantage d'autonomie, puis à se doter d'un sens des responsabilités et un engagement professionnel accru (*Ibid.*). À cet égard, la pensée critique engendre l'autonomie dans la prise de décisions professionnelles engagées.

Dans la conception de la relation pédagogique définie dans le Projet éducatif, il est attendu des enseignantes et enseignants, considérés en tant qu'experts dans leur discipline, qu'ils communiquent des savoirs riches et pertinents, «propres à aiguïser la curiosité des étudiants, leur ouverture d'esprit et leur sens critique, et à développer leurs capacités d'action.» (*Ibid.*, p. 4).

Examinons à présent l'aspect de la pensée critique dans le domaine de l'hygiène dentaire au niveau collégial.

## **2.3. La pensée critique en hygiène dentaire**

Faute de résultats de recherches sur la pensée critique en hygiène dentaire au Québec, nous avons consulté plusieurs articles, recherches et écrits scientifiques sur le sujet aux États-Unis et dans le Canada anglais. L'évidence de développer la pensée critique dans l'enseignement de l'hygiène dentaire est intégrée depuis longtemps aux États-Unis. Plusieurs publications scientifiques dans les professions de la santé et en hygiène dentaire (Abt, E., Bader, J., Bonetti, D. 2012; Behar-Horenstein, Courts, Dolan, et Mitchell 2000; Bowen, Boyd, Pattillo et Wetmore, 2010; Chambers, 2009;

Darby, 2007; Facione et Facione, 2008; Gadbury-Amyot, Mould, et Krust Bray, 2011; Keating-Biltucci, 2011; Notgarnie, 2011) considèrent la pensée critique comme étant indispensable à tout professionnel ou professionnelle de la santé dentaire, et prometteuse d'un jugement clinique aiguisé lors de la prise de décisions importantes.

L'hygiéniste dentaire doit prendre des décisions cliniques et user d'un bon jugement professionnel dans des situations diverses et variées. Elle ou il doit être en mesure d'administrer les soins d'hygiène dentaire aux clientes et clients de tous âges, incluant ceux et celles dont la condition médicale est compromise ou ayant des besoins particuliers (Commission de l'agrément dentaire du Canada, 2011, annexe C). L'hygiéniste dentaire prend des décisions en fonction de la santé générale et buccodentaire, ainsi que des besoins fondamentaux de ses clientes et clients. Il ou elle doit aussi baser ses décisions sur des données probantes (Commission de l'agrément dentaire du Canada, 2011), en collaboration avec les autres professionnelles ou professionnels concernés dans le but d'offrir des soins personnalisés et adaptés aux besoins de chaque cliente ou client. Son niveau de responsabilité est élevé dans la mesure où les décisions prises ont une incidence sur la santé buccodentaire des clientes et clients (Gouvernement du Québec, 1997). Il va sans dire que son implication sera de plus en plus importante dans un contexte de modernisation de la pratique où les standards d'accessibilité, de qualité des soins et des équipements ne cessent de s'accroître.

Bien que l'importance de développer la pensée critique dans le domaine dentaire soit établie depuis plusieurs décennies (tel que le démontrent les écrits cités précédemment), une étude a décelé que l'enseignement favorisant l'utilisation et le développement de la pensée critique n'était pas régulier dans les facultés dentaires américaines (Behar-Horenstein, Dolan et Mitchell, 2005). Les auteures affirment que bien que les facultés dentaires utilisent des stratégies de résolution de problèmes, il est primordial d'assurer que toutes les activités d'enseignement contribuent à développer les capacités de pensée critique des étudiantes et étudiants. C'est pourquoi nous tenons à explorer cette avenue dans la présente recherche.

La recherche citée précédemment (Behar-Horenstein, Dolan et Mitchell, 2005) soutient les impératifs de la pensée critique dans l'enseignement de l'hygiène dentaire des facultés américaines, mais il n'apparaît aucun écrit sur le sujet dans notre discipline au Québec. C'est pourquoi nous nous sommes tournée vers le programme des Soins infirmiers (Bergevin, 2004; Lavertu, 2013, Lechasseur, 2009) pour établir des parallèles. La formation en soins infirmiers s'apparente à celle de l'hygiène dentaire dans la mesure où elles incluent des cours de biologie, d'anatomie et des stages cliniques supervisés visant des interventions axées vers des individus requérant des soins. De plus, les modèles de pratique de la pensée critique en sciences infirmières ont plusieurs similitudes avec ceux en hygiène dentaire, ces deux professions impliquant des prises de décisions basées sur des observations cliniques et des données probantes, dont la pratique est règlementée.

## **2.4. L'enseignement des mesures préventives et la pensée critique**

### *2.4.1. L'enseignement des mesures préventives au collégial*

La prévention des problèmes de santé dentaire étant fondamentale, le programme de Techniques d'hygiène dentaire y consacre un cours entier intitulé Enseignement des mesures préventives. Situé au troisième trimestre du programme, le cours, composé de 15 heures théoriques et 45 heures de pratique en laboratoire, veut amener les étudiantes et étudiants à enseigner les mesures préventives aux clientèles diversifiées, en fonction de la santé, des problèmes buccodentaires, des aptitudes et besoins de chacun. Pour ce faire, les étudiantes et étudiants apprennent à enseigner les méthodes d'élimination de la plaque dentaire, étudient les caractéristiques des multiples types de brosse à dents et de soie dentaire, les adjuvants dentaires (brossettes interdentaires, porte-soies, etc.) et les produits préventifs (suppléments systémiques de fluorures, rince-bouches, dentifrices et autres agents topiques spécifiques). Il va sans dire que les multiples produits d'hygiène buccodentaire disponibles sur le marché et par les fournisseurs professionnels varient et évoluent en fonction de la littérature scientifique et du marché de consommation.

D'ailleurs, la publicité et les produits commerciaux ne vont pas nécessairement de pair avec les recommandations professionnelles et les évidences scientifiques. À cet égard, les aptitudes de pensée critique sont indispensables : les étudiantes et étudiants doivent apprendre à discerner les recommandations à faire à une clientèle souvent mal informée.

Également, durant le cours Enseignement des mesures préventives, les étudiantes et étudiants intègrent l'enseignement des techniques de brossage, en fonction de la condition buccodentaire et des besoins spécifiques de chaque cliente ou client. Ce cours est préparatoire à l'apprentissage et la mise en application en laboratoire, des notions englobant l'enseignement des différentes techniques de brossage et autres mesures de prévention buccodentaire auprès des clientèles variées. Par ailleurs, ce cours est préalable aux trois stages cliniques offerts respectivement aux trimestres 4, 5 et 6.

Au 4<sup>e</sup> trimestre, le premier stage intitulé Familiarisation aux approches cliniques, permet aux stagiaires de se familiariser avec la pratique auprès de la clientèle à raison de trois heures par semaine. Au 5<sup>e</sup> trimestre, le second stage : Approches cliniques adaptées, se donne à raison de 15 heures par semaine. Durant cette étape, les stagiaires modélisent leurs apprentissages théoriques et les transfèrent au niveau de la pratique. Au 6<sup>e</sup> trimestre, le troisième et dernier stage de la formation intitulé Stage d'intégration, à raison de 12 heures par semaine, permet aux stagiaires de développer leurs aptitudes et compétences cliniques afin d'acquérir davantage d'aisance et d'agilité. C'est au terme de ce stage qu'elles ou ils sont soumis à l'épreuve synthèse de programme, indispensable à l'obtention du diplôme. Tout au long des trois stages, l'enseignement des mesures préventives aux clientes et clients est exécuté, puisqu'il fait partie intégrante du modèle de pratique en hygiène dentaire, mais il n'est évalué, dans son ensemble, qu'au troisième et dernier stage.

L'enseignement des mesures préventives requiert des aptitudes de pensée critique particulières dans la mesure où les stagiaires doivent, suite au dépistage et en

fonction de la santé générale de leur cliente ou client, évaluer le degré de gravité des pathologies, puis les inscrire au dossier. Suite à l'analyse des données, elles ou ils sélectionnent le type de brosse à dents, de soie dentaire, d'adjuvants et produits préventifs appropriés ainsi que les méthodes d'élimination du biofilm qu'elles ou ils enseigneront à leur cliente ou client. Les stagiaires expliquent à la cliente ou au client ses problèmes buccodentaires et les facteurs causals afin de la ou le conscientiser quant à la nécessité des mesures d'élimination de la plaque, par exemple, pour contrôler, prévenir ou guérir les problèmes en question. En plus de tenter de susciter une prise de conscience réelle de la part de leur cliente ou client, les stagiaires ont la responsabilité de les soutenir afin qu'ils deviennent autonomes dans l'exécution des mesures préventives sur une base régulière. Les stagiaires doivent aider leur cliente ou client à se fixer des objectifs raisonnables afin de les amener à améliorer et maintenir une santé buccodentaire optimale. L'enseignement des mesures préventives inclut aussi des conseils alimentaires et des entrevues motivationnelles en cessation tabagique lorsque nécessaire.

#### 2.4.2. *Les lacunes des stagiaires*

Le champ d'expertise des hygiénistes dentaires relevant de la prévention, leur intention première consiste à éduquer la population en matière de prévention des affections buccodentaires. Cependant, Keating-Biltucci (2011) remarque que plusieurs étudiantes et étudiants oublient l'importance de ce défi d'éducation qu'ils ont auprès de leurs clientes et clients. Lorsqu'elle leur demande pourquoi elles ou ils négligent cet aspect primordial, les étudiantes et étudiants expriment leur désir de finir les rendez-vous rapidement dans le but d'accomplir les procédures nécessaires pour graduer (*Ibid.*). Pourtant, en dépit de l'emploi de temps chargé des hygiénistes dentaires, la pensée critique implique un investissement de soi qui va au-delà de la simple exécution de procédures.

La compétence d'enseigner fait nécessairement appel à la pensée critique dans la mesure où, pour enseigner, les stagiaires et les hygiénistes dentaires doivent être au

fait des derniers développements concernant leur spécialité. En effet, selon Keating-Biltucci (*Ibid*), les étudiantes et étudiants devraient être davantage portés à développer leur pensée critique et motivés à se tenir au fait des développements dans leur domaine d'expertise. Les hygiénistes dentaires qui font preuve de curiosité et d'engagement ont le potentiel de contribuer à leur corps professionnel et de participer au développement de la communauté scientifique de leur spécialité dans un contexte interdisciplinaire qui évolue de façon constante et perpétuelle (*Ibid*).

Relativement à l'enseignement des mesures préventives, les stagiaires répètent souvent les mêmes informations à tous les clients et clientes, au lieu de les adapter en fonction des problèmes, des besoins spécifiques, du degré de compréhension et de motivation de chacun. Tremblay (2000) a aussi observé ce phénomène qui semble constituer une réalité de plusieurs institutions d'enseignement en hygiène dentaire : «Elles répètent mot pour mot les exemples du cours sans tenir compte des besoins réels du client<sup>1</sup>» (*Ibid*, p.107). L'étape de l'enseignement des mesures préventives s'insère dans le plan d'intervention en hygiène dentaire, constituant du modèle de pratique de l'hygiéniste dentaire.

Plusieurs facteurs doivent être intégrés et considérés dans l'exécution du plan d'intervention en hygiène dentaire. Des difficultés considérables résident au niveau de l'analyse portant sur l'évaluation du cas. Les stagiaires en hygiène dentaire (HD) peinent à faire des liens entre les données cliniques, à placer la cliente ou le client au centre de leur pratique et à obtenir une vue d'ensemble des informations afin de planifier une intervention adaptée à chaque individu. Durant les stages cliniques, les stagiaires nous mentionnent régulièrement leurs difficultés à «penser à tout» et leur impression qu'il y a énormément de matière à considérer. Par conséquent, les stagiaires ont des problèmes à mettre en pratique les notions apprises en théorie, et à transférer leurs apprentissages lors de leurs interventions auprès de la clientèle. Lavertu (2013) confirme cette difficulté des novices à relier les connaissances de

---

<sup>1</sup>Tremblay (2000) utilise le féminin dans le texte, nous présumons que son étude a été réalisée auprès d'étudiantes seulement.

biologie, physiologie, pharmacologie dans un contexte de soins afin de résoudre une situation complexe en stage. De même en hygiène dentaire, Tremblay (2000), dans son expérimentation sur l'influence des schémas organisateurs en pathologie buccodentaire, a constaté que malgré leur réussite au test d'évaluation des connaissances théoriques, une majorité de participantes ne semblaient pas maîtriser suffisamment les notions pour les transférer dans des situations cliniques, ou plus précisément, pour leur permettre d'enseigner les mesures de prévention de façon adaptée à chacun (*Ibid.*).

En effet, les stagiaires en hygiène dentaire éprouvent des difficultés à relier et à mobiliser, auprès de leurs clientes et clients, leurs connaissances acquises durant les cours théoriques et les laboratoires. Principalement, lors de l'enseignement des mesures préventives, les stagiaires éprouvent des difficultés à adapter leurs conseils en fonction des problèmes et des besoins des clientes et clients; elles ou ils répètent constamment les mêmes informations générales sans égard aux symptômes de ces derniers. Tremblay (2000) l'a remarqué dans sa recherche à propos de l'influence des schémas organisateurs sur l'organisation et le transfert des connaissances dans un cours de pathologie buccodentaire au collégial. Elle affirme que plusieurs «éprouvent de réelles difficultés à faire des liens entre la condition buccodentaire du client et les traitements ou attitudes à lui suggérer» (*Ibid.*, p. 10).

Relativement à ces difficultés, nos observations empiriques nous ont démontré que les stagiaires ressentent souvent un certain malaise lors de l'enseignement des mesures préventives en santé buccodentaire. Elles ou ils n'assument pas suffisamment leur rôle pour être en mesure de convaincre les clientes et clients des bienfaits des mesures d'hygiène. Comme le mentionne Tremblay (2000), elles ou ils ne réalisent pas encore que pour motiver une cliente ou un client, il est impératif de saisir l'ensemble des mécanismes impliqués dans sa condition buccodentaire (*Ibid.*, p. 107). Les étudiantes ayant participé à la recherche de Tremblay (*Ibid.*) affirment avoir les connaissances nécessaires pour l'enseignement des mesures préventives aux clientes et clients, mais éprouvent de réelles difficultés à les motiver dans

l'acquisition de nouvelles habitudes. De surcroît, elles ne réalisent pas que les liens établis entre les effets d'une maladie et son étiologie, sont essentiels pour susciter la motivation chez les individus (*Ibid.*, p. 107). En entrevue semi-dirigée, les étudiantes ont affirmé éprouver plusieurs difficultés en stage, lors de l'enseignement des mesures préventives à la clientèle. Elles mentionnent, entre autres, qu'elles oublient des choses, qu'elles ne savent pas si elles en disent suffisamment ou si elles donnent les informations pertinentes permettant à leurs clientes et clients de mieux comprendre les mesures préventives recommandées. Certaines affirment que l'enseignement des mesures de prévention est l'intervention la plus difficile à réaliser auprès de la clientèle.

En résumé, l'hygiéniste dentaire est la professionnelle ou le professionnel de première ligne dans la prévention des affections buccodentaires et son rôle est primordial auprès de la population. L'enseignement des mesures préventives est l'une des compétences centrales et constitue la pierre angulaire en matière de prévention. Néanmoins, le fait de développer la pensée critique chez les étudiantes et les étudiants devrait contribuer à porter un jugement clinique propice à la prise de décisions et à développer une conscience accrue de la nécessité d'informer la clientèle sur les mesures d'hygiène. Par conséquent, la santé buccodentaire de ces personnes se verra améliorée.

#### *2.4.3. Le manque de connaissances et de formation chez les enseignantes et enseignants à propos de la pensée critique*

Néanmoins, concevoir des stratégies d'enseignement favorisant la pensée critique constitue une responsabilité complexe pour les enseignantes et enseignants au collégial. Pourtant, la littérature ne cesse de faire l'éloge du développement de la pensée critique dans les institutions d'enseignement, malgré certaines lacunes à ce niveau (Behar-Horenstein, Dolan et Mitchell, 2005; Boisvert, 1996; Lapointe, 2012; Romano, 1993).

En ce qui a trait aux enseignantes et enseignants, leurs connaissances à propos de la pensée critique sont variables, mais plusieurs lacunes sont identifiées (Beaulieu, 2005; Coutu, 2013). Le mémoire de Coutu (*Ibid.*) sur la perception des enseignants des enjeux de l'intégration du développement d'une pensée critique, a mis en lumière quelques incompréhensions reliées à ce sujet chez les enseignantes et enseignants ayant participé à l'étude. Ceux-ci ont émis, entre autres, une définition limitée de la pensée critique, ce qui est tout à fait concevable, puisque les définitions sont nombreuses et variées entre les auteurs qui n'arrivent pas eux-mêmes à un consensus pour définir ce concept complexe. Coutu (*Ibid.*) a aussi observé un manque de connaissances au sujet des attitudes et composantes indispensables à la pensée critique, chez les enseignantes et enseignants participants à l'étude. Il y aurait donc un réel besoin de formation auprès de ceux-ci, dans le but d'élargir et d'approfondir des approches pédagogiques et didactiques permettant de développer la pensée critique chez leurs élèves. Coutu (*Ibid.*) mentionne qu'offrir de la formation continue et du soutien permettrait aux enseignantes et enseignants d'améliorer leur intervention éducative.

Dans le même ordre d'idée, Boisvert (1999), fervent ambassadeur de la pensée critique au Québec, affirme : «J'estime que l'on doit enseigner la pensée critique, mais je crois que les possibilités de le faire sont actuellement limitées.» (Boisvert, 1999, p. 25). Selon lui, la plupart des enseignantes et enseignants ne semblent pas aptes à enseigner la pensée critique, faute de connaissances en la matière (*Ibid.*). Paul et ses collaborateurs (1989) soutiennent que pour enseigner à développer la pensée critique, les enseignantes et enseignants doivent eux-mêmes user de réflexion critique et très souvent ils n'ont pas été encouragés à le faire, mais surtout, ils ne se sentent pas à l'aise de le faire (Paul, Adamson, Binker et Martin, 1989). À cet égard, nous sommes d'avis que l'expérimentation d'une stratégie pédagogique permettant de développer la pensée critique peut constituer un outil pertinent pour les enseignantes et enseignants de la majorité des disciplines du collégial et de surcroît, en hygiène dentaire.

En 1995, Laliberté (1995) confirmait déjà des écueils constatés en pédagogie et sur le marché du travail :

Nombreux sont les témoignages (d'enseignants, d'employeurs) ou les études bien documentées déplorant les lacunes sérieuses des étudiants et des étudiantes touchant la maîtrise des habiletés, attitudes et dispositions qu'on peut considérer comme étant constitutives d'une véritable pensée critique (Laliberté, 1995, p. 305-306).

En effet, les institutions d'enseignement ont beaucoup à faire pour promouvoir le développement des facultés de pensée critique chez nos jeunes, et ce depuis plusieurs années. (Paul et al., 1989; Boisvert, 1999; Lapointe, 2012;).

## **2.5. La question générale de recherche**

L'expérience en enseignement des soins infirmiers de Bergevin (2004) a permis de constater certaines lacunes chez les étudiantes et étudiants dans «la formulation d'un objectif de soins en lien avec le problème infirmier, à poser des interventions infirmières prioritaires en lien avec le diagnostic infirmier et à évaluer l'ensemble de la démarche de soins.» (Bergevin, 2004, p.20). Cela rejoint la problématique en hygiène dentaire où les stagiaires devraient être davantage en mesure d'établir un plan d'intervention en fonction des besoins de la cliente ou du client et d'établir les objectifs et services à lui rendre afin d'obtenir une santé buccodentaire optimale. Le modèle de pratique de l'hygiéniste dentaire s'inscrit à travers le plan d'intervention. Tous deux exigent des aptitudes de pensée critique permettant de prendre des décisions basées sur des données probantes et adaptées à chaque situation clinique. Les stratégies pédagogiques utilisées en hygiène dentaire dans le but de favoriser la pensée critique sont principalement sous forme de résolution de problèmes, à partir d'histoires de cas. Or, selon Boisvert (1996), les méthodes pédagogiques usuelles «n'apparaissent pas suffisantes pour favoriser le développement des habiletés de pensée des élèves» (p. 33).

Dans un contexte multidisciplinaire de modernisation de la pratique où les responsabilités des hygiénistes dentaires sont rehaussées, où le jugement clinique doit être aiguisé afin de prendre des décisions adaptées pour chaque cliente et client, il est impératif de leur donner les moyens de développer leur pensée critique. Les enseignantes et enseignants en hygiène dentaire ont la responsabilité de déployer des stratégies d'enseignement favorisant la pensée critique malgré le manque d'informations et de connaissances sur le sujet (Boisvert, 1999; Coutu, 2013; Paul, 1989). Néanmoins, les cartes conceptuelles constituent une stratégie pédagogique qui favoriserait le développement de la pensée critique (Mc Hugh-Schuster, 2012) en permettant d'organiser les connaissances, tout en se les appropriant. Nous sommes intéressée à étudier l'influence de cette stratégie auprès de stagiaires en hygiène dentaire.

Carson-Davis (2012) a rédigé une thèse de doctorat sur la question des cartes conceptuelles, en tant que stratégie pédagogique en lien avec la pensée critique en sciences infirmières. Sa recherche a révélé une corrélation positive entre la réalisation de cartes conceptuelles en classe et les aptitudes de pensée critique des étudiantes et étudiants. Elle soutient que l'expérience de conception de cartes conceptuelles favorise de meilleures aptitudes de pensée critique chez les étudiantes et étudiants et apporte conséquemment des résultats concluants et bénéfiques pour les patients et patientes. À cet effet, nous souhaitons instaurer cette stratégie pédagogique dans les stages en hygiène dentaire.

Nous posons donc le problème de recherche suivant : valider la stratégie pédagogique des cartes conceptuelles pour favoriser le développement des aptitudes de pensée critique des étudiantes et étudiants en hygiène dentaire.

Notre question générale de recherche se pose ainsi : en quoi l'élaboration et l'interprétation de cartes conceptuelles permettent-elles de favoriser des aptitudes de pensée critique chez les stagiaires en hygiène dentaire au cégep Édouard-Montpetit?



## **DEUXIÈME CHAPITRE**

### **LE CADRE DE RÉFÉRENCE**

Dans ce chapitre, nous présentons d'abord la stratégie employée pour la recension d'écrits, ensuite, nous définissons les différents concepts clés en lien avec la question générale de recherche. Nous clarifions en premier lieu, le concept de pensée critique selon différents auteurs. Nous dressons ensuite les étapes du modèle de pratique en hygiène dentaire et enfin, les étapes d'élaboration d'une carte conceptuelle. Finalement, nous présentons nos objectifs de recherche découlant de notre question générale de recherche.

#### **1. LA PENSÉE CRITIQUE**

##### **1.1. La stratégie pour la recension d'écrits**

Pour élaborer notre recension d'écrits, nous avons consulté le Centre de documentation collégiale (CDC) ainsi que diverses banques de données offertes par quelques universités : *Academic search complete*, *Education research complete*, *Education source*, *medline*, ERIC, Erudit, FRANCIS, *ProQuest dissertations and theses*, *ProQuest research library* et REPÈRE. Nous avons aussi consulté les Catalogues Crésus de l'Université de Sherbrooke, Virtuose (UQAM), Regard (Centre de documentation collégiale) et le thésaurus ÉDUthès (Centre de documentation collégiale). Les mots-clés que nous avons utilisés sont énumérés au tableau 1.

Tableau 1  
Les mots clés

En français	En anglais
Pensée critique	<i>Critical thinking</i>
Pensée réflexive	<i>Thinking critically</i>
Enseignement de la pensée critique	<i>Teaching critical thinking</i>
Jugement clinique	<i>Clinical judgment</i>
Schémas de concept	<i>cmap</i>
Carte conceptuelle	<i>Concept map, concept mapping</i>
Plan de traitement	<i>Care planning</i>

## 1.2. Les définitions de la pensée critique

Les définitions de la pensée critique sont nombreuses et variées. Robert Ennis, professeur émérite en philosophie de l'éducation a influencé plusieurs de ses prédécesseurs. Au Québec, Jacques Boisvert, enseignant au cégep en psychologie, a élaboré plusieurs travaux et recherches sur le sujet de la pensée critique. Nous aborderons, dans les paragraphes qui suivent, les perspectives d'Ennis, de Boisvert et d'autres auteurs sur le concept de la pensée critique. Par la suite, nous présenterons un modèle proposé en soins infirmiers ainsi que le modèle de pratique en hygiène dentaire. Enfin, nous présenterons un modèle que nous avons choisi d'adapter à partir de celui présenté en soins infirmiers et le modèle de pratique en hygiène dentaire.

Ennis (1985), instigateur illustre dans le domaine de la pensée critique, définit la pensée critique ainsi : «*critical thinking is reflective and reasonable thinking that is focused upon deciding what to believe or do*» (Ennis, 1985, p. 45).

Boisvert traduit cette définition en ces mots : «une pensée raisonnable et réflexive orientée vers une décision quant à ce qu'il faut croire ou faire.» (Boisvert, 1999, p. 13). La pensée critique selon Ennis (1985, dans Boisvert, 1997a), implique à la fois des capacités (*abilities*) et des attitudes (*dispositions*). Les capacités et les

attitudes de la pensée critique telles que définies par Ennis sont présentées au tableau 2.

Tableau 2  
Les capacités et attitudes de la pensée critique selon Ennis

Capacités de la pensée critique	
1.	Se centrer sur une question.
2.	Analyser des arguments.
3.	Poser des questions de clarification.
4.	Définir les termes et juger les définitions.
5.	Identifier les présupposés.
6.	Juger la crédibilité d'une source.
7.	Observer et juger les rapports d'observation.
8.	Déduire et juger les inductions.
9.	Élaborer des jugements de valeur.
10.	Suivre les étapes du processus de décision.
11.	Présenter une argumentation aux autres, oralement ou par écrit.
Attitudes de la pensée critique	
1.	Chercher un énoncé clair du problème.
2.	Chercher des raisons.
3.	Essayer d'être bien informé.
4.	Utiliser et mentionner des sources crédibles.
5.	Tenir compte de la situation globale.
6.	Essayer de rester attaché au sujet principal.
7.	Garder à l'esprit la préoccupation initiale.
8.	Considérer des alternatives.
9.	Avoir l'esprit ouvert.
10.	Prendre position quand les raisons sont suffisantes pour le faire.
11.	Avoir autant de précision que le sujet le permet.
12.	Procéder d'une manière ordonnée avec les parties d'un tout complexe.
13.	Utiliser ses capacités de pensée critique.
14.	Être sensible aux sentiments, niveau de connaissance et degré de complexité des autres.

Source : Boisvert, J. (1997a). *Pensée critique et enseignement*. Regroupement des collèges Performa. Boucherville : Éditions Veilleux.

En 1990, Facione, P.A., réalise un rapport appelé Delphi sur la pensée critique à partir d'un consensus d'experts provenant des domaines de la philosophie, l'éducation, les sciences sociales et les sciences physiques. Le rapport Delphi définit entre autres, un idéal de pensée critique chez une personne, en tant que chercheuse ou chercheur, dans la mesure où la pensée critique implique d'approfondir un sujet, une question, un objectif ou une décision à prendre. À cet égard, dans le projet de collaboration réunissant tous les organismes importants qui réglementent la profession d'hygiéniste dentaire, notamment, l'ACHD, la FDHRA, la CADC, le BNCHD et les pédagogues en hygiène dentaire, nous retrouvons une définition tirée du rapport Delphi. Cette référence au rapport Delphi vise à définir l'hygiéniste dentaire à titre de chercheuse ou chercheur :

Une chercheuse sérieuse (*sic*) est habituellement curieuse, bien renseignée, raisonnée, ouverte d'esprit, flexible, impartiale et consciente de ses partis pris personnels, prudente dans ses jugements, prête à réexaminer les situations, claire dans l'identification des problèmes, méthodique face à des sujets complexes, assidue dans la recherche d'informations pertinentes, raisonnable dans la sélection des critères, centrée sur la recherche d'informations et persévérante dans l'atteinte de résultats qui soient aussi précis que le sujet et que les circonstances de la recherche d'information le permettent. (Facione, 1990 dans Association canadienne des hygiénistes dentaires, 2010, p. 15).

Cette définition confirme la proximité de la pensée critique avec les attitudes de recherche.

Par ailleurs, plusieurs auteurs définissent la pensée critique à partir d'un processus de résolution de problème (Costa, 2001, Halpern, 2003). Notamment, Halpern (2003) la définit comme l'utilisation des aptitudes ou stratégies cognitives favorisant l'atteinte d'un objectif. Elle présente la pensée critique comme étant une pensée intentionnelle, raisonnée, qui vise un but déterminé. Elle considère les facultés de pensée critique en lien avec les aptitudes reliées à la résolution de problèmes, c'est-à-dire; les pensées impliquées lors de prises de décision dans un contexte précis. Son modèle pour une pensée critique est illustré à la figure 1. La première étape de son cadre structurel de réflexion consiste à déterminer l'intention recherchée; la

seconde, à faire l'examen détaillé des connaissances disponibles et susceptibles de favoriser l'atteinte de l'objectif visé. La troisième étape consiste à déterminer de quelle manière nous pouvons parvenir à notre objectif. Enfin, une rétroaction permet d'évaluer l'aboutissement (ou non) de la démarche.

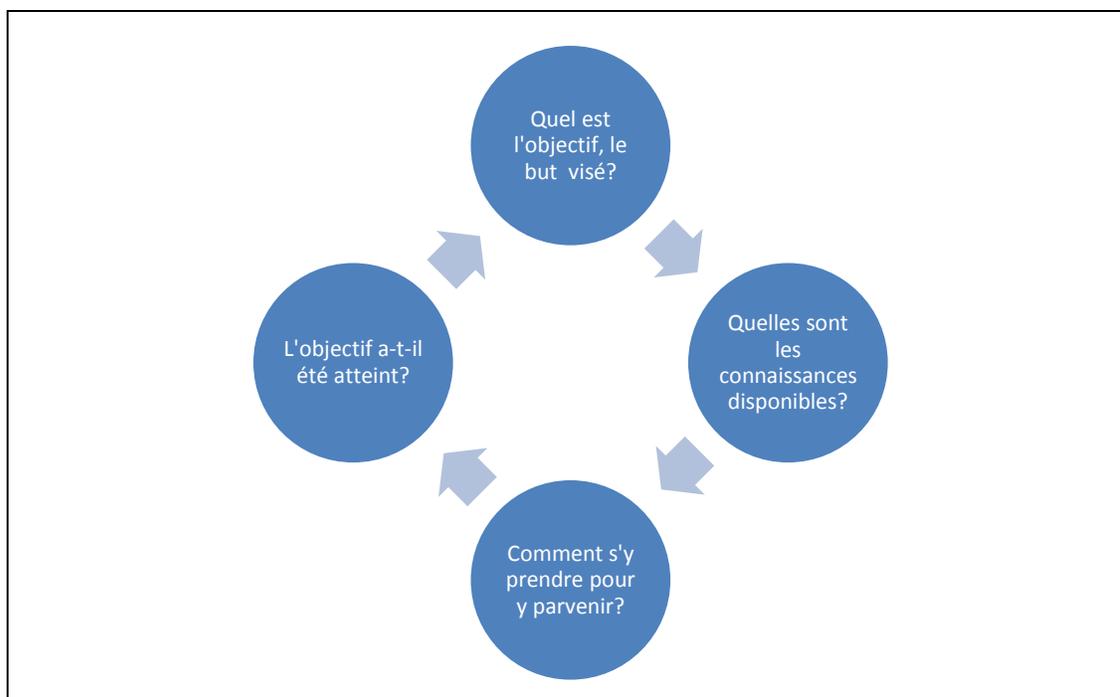


Figure 1 Le cadre structurel de réflexion (Halpern, 2003)

Halpern, D. (2003). *Thought & knowledge, an introduction to critical thinking* (4e éd.). Mahwah, NJ : Lawrence erlbaum associates.

Si l'objectif n'a pas été atteint au terme du processus, le cycle peut se reproduire autant de fois que nécessaire, jusqu'à l'atteinte du but visé. Ce cadre structurel de réflexion constitue une approche cyclique simple du processus de résolution de problèmes qui se veut universelle.

Costa (2001), présente une approche plus détaillée en dénombrant seize habitudes de pensée reliées à la résolution de problèmes. Le tableau 3 en fait l'énumération.

Tableau 3  
Les 16 habitudes de pensée reliées à la résolution de problèmes

- 
1. La persistance dans la recherche d'une solution à un problème qui n'est pas immédiatement apparente.
  2. L'exercice d'un meilleur contrôle sur son impulsivité.
  3. L'aptitude à écouter les autres, à faire preuve d'empathie et à comprendre leur point de vue.
  4. La flexibilité de la pensée.
  5. La métacognition ou conscience de sa propre pensée.
  6. La vérification de son propre travail sur les plans de l'exactitude et de la précision.
  7. La capacité de mettre en doute les idées émises, de déceler des problèmes et de les reformuler adéquatement.
  8. La mise à profit des connaissances acquises et des expériences vécues et leur application dans des contextes nouveaux.
  9. Réfléchir et communiquer avec clarté et précision.
  10. L'appel à tous les sens pour assimiler plus d'information.
  11. La création, l'imagination et l'innovation.
  12. L'excitation, le goût de l'investigation, la curiosité et le plaisir manifestés lors de la résolution de problèmes.
  13. Le fait de sortir de sa zone de confort.
  14. L'expression d'un sens de l'humour.
  15. La réflexion de groupe.
  16. L'apprentissage en continu.
- 

Source : Costa A. (2001). Habits on mind. In A. Costa (dir.), *Developing minds, a resource book for teaching thinking* (p. 80- 86). Alexandria, VA : ASCD (1<sup>re</sup> éd. 2000).

Selon Brookfield (2012), la pensée critique nous engage à susciter des actions réfléchies, basées sur un raisonnement et des analyses en considérant les faits qui supportent et justifient ces actions. Selon lui, la pensée critique consiste réellement à tenter de chasser les idées reçues qui influencent nos perceptions, nos manières de penser et d'agir. Elle consiste aussi à remettre en question nos propres présomptions, d'investiguer leur validité et leur crédibilité pour guider nos actions. Il suggère un regard ouvert sur différents points de vue, nous permettant d'agir de façon réfléchie et éclairée.

Paul (1993a) souligne l'aspect métacognitif de la pensée critique qui constitue, selon lui, l'occasion de s'arrêter au fait que nous réfléchissons dans le but de rendre cette pensée meilleure. Elle impose un dépassement de soi, une discipline motivée par une quête de perfection, ou, du moins d'un degré élevé de réflexion qui vise l'excellence. La pensée critique serait guidée par des standards intellectuels tels la pertinence, la précision, l'exactitude, la clarté et la profondeur.

Le tableau 4, définissant la pensée critique de Paul (*Ibid.*), démontre la complexité de ce concept qui exige une implication complète de soi en matière de réflexion, motivée par un désir d'amélioration et une quête ultime de perfection.

Tableau 4  
La pensée critique selon Paul

Qu'est-ce que la pensée critique?	
Une manière unique et déterminée de penser	Dans tout domaine et sujet académique ou pratique, nécessitant un entraînement intellectuel de la pensée au même titre qu'un entraînement physique pour le corps.
– dans laquelle le penseur, de façon systématique et habituelle,	Développe activement des aptitudes telles que l'intégrité et l'humilité intellectuelle, l'objectivité, l'empathie et le courage intellectuels.
– impose des critères et des standards intellectuels sur la pensée;	Identifie les critères d'un raisonnement éclairé, tels que la précision, la pertinence, la profondeur, la suffisance et établit une norme claire qui permettra ultimement d'évaluer le caractère logique de la pensée.
En tenant compte de la construction de celle-ci,	Favorise la conscience des éléments de la pensée tels que les suppositions et points de vue, présents dans toute pensée raisonnable; un effort conscient, actif et discipliné pour résoudre chaque élément.
– en l'élaborant avec les standards,	Évalue constamment, ajuste, adapte, améliore et utilise les phares des critères et des standards pour éclairer la voie.
– et en évaluant l'efficacité de cette pensée par rapport aux objectifs, critères et normes visés.	Évalue la pensée délibérément afin d'en déterminer les forces et les limites, en étudie les implications pour d'éventuelles améliorations.

Source : Paul, R. (1993a, traduction libre). *Critical thinking : what every person needs to survive in a rapidly changing world*, Santa Rosa, CA : Fondation for critical thinking.

Également dans la démonstration de la complexité du concept, Paul et ses collaborateurs (1989) proposent une liste de 35 stratégies propres à la pensée critique, réparties en trois catégories soient: les stratégies affectives, les stratégies cognitives comprenant les macrocapacités, et les stratégies cognitives comprenant les microcapacités (voir annexe F).

Kurfiss (1988) définit la pensée critique comme une investigation dont le but est d'explorer une situation, un phénomène, une question ou un problème pour parvenir à une hypothèse ou une conclusion qui intègre toute l'information disponible qui serait alors considérée justifiée et convaincante.

### *1.2.1. Le modèle de pensée critique en soins infirmiers*

Dans le domaine de la santé, Kataoka-Yahiro et Saylor (1994) ont développé un modèle de pensée critique pour favoriser le jugement clinique en soins infirmiers. Inspiré des travaux de Ennis (1985) et de Kurfiss (1988) le modèle de Kataoka-Yahiro et Saylor (*Ibid.*) propose la définition suivante: «la pensée critique est un processus de pensée réflexive et raisonnable à propos d'un problème en soins infirmiers impliquant plusieurs possibilités de solutions et orienté vers une décision quant à ce qu'il faut croire ou faire» (traduction libre, *Ibid.*, p. 352). Nous reconnaissons bien la définition de Ennis à travers celle de Kataoka-Yahiro et Saylor (*Ibid.*) qui l'ont adaptée pour les soins infirmiers. Lavertu (2013) a ajouté à cette définition le caractère intentionnel, réflexif et autorégulateur que l'infirmière ou l'infirmier utilise dans le but de produire un jugement ou «poser un acte infirmier adapté au contexte de la situation, en conformité avec les normes professionnelles et éthiques» (Lavertu, 2013).

Les définitions de Kataoka et Saylor (*Ibid.*) et de Lavertu (2013) se rapprochent considérablement de notre domaine d'expertise. À partir de ces dernières, nous avons convenu de définir le concept de la pensée critique en hygiène dentaire comme suit: «la pensée critique est un processus de pensée réflexive et raisonnable à propos d'une situation clinique en hygiène dentaire impliquant

plusieurs possibilités de solutions et orienté vers une décision quant à ce qu'il faut croire ou faire, en fonction du contexte de la situation, en conformité avec les normes professionnelles et éthiques».

Kataoka-Yahiro et Saylor (1994) se sont aussi inspirées des travaux de Ennis (*Ibid.*), de Kurfiss (*Ibid.*) et de Paul (1993b.), entre autres, pour énumérer cinq composantes propres à la pensée critique: les connaissances, l'expérience, les compétences, les attitudes et les normes. Tel qu'illustré à la figure 2, ces cinq composantes se développent sur trois niveaux : le niveau de base (élémentaire), le second niveau (complexité), le troisième niveau réfère à la responsabilité.

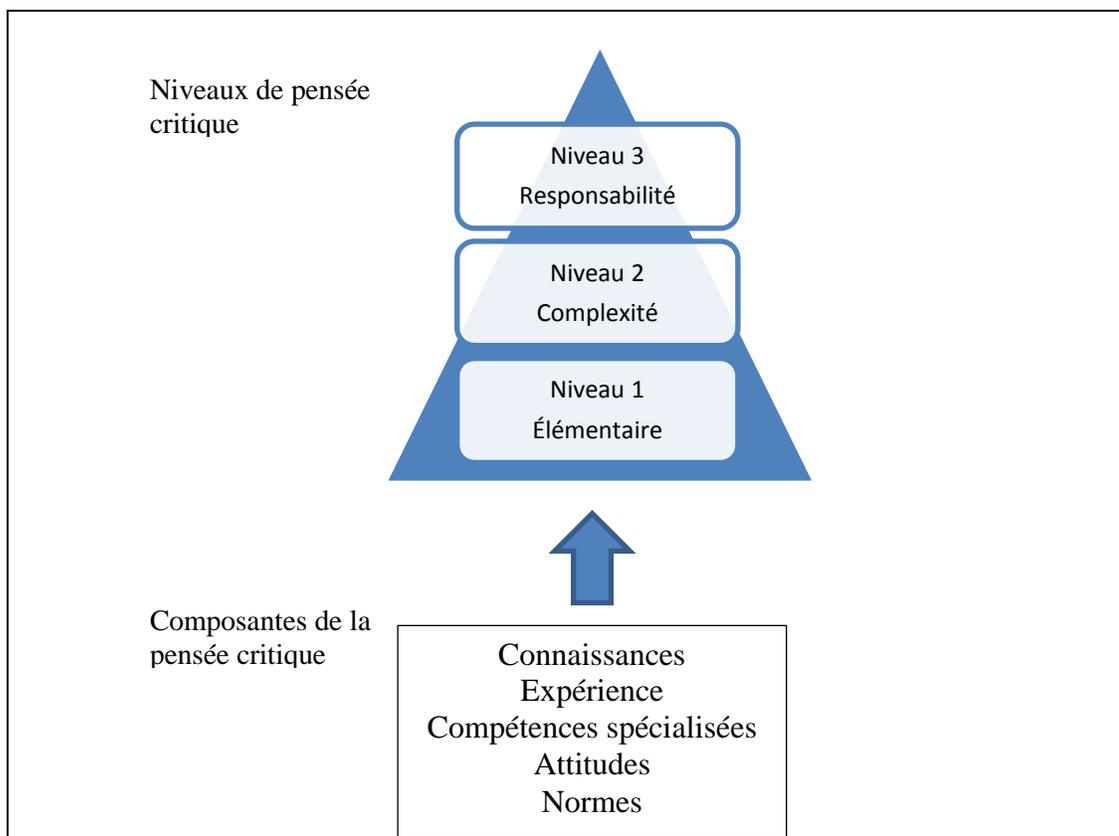


Figure 2 Le modèle de la pensée critique pour le jugement clinique en soins infirmiers (traduction libre).

Source : Kataoka-Yahiro M. et Saylor C. (1994). A critical thinking model for nursing judgment. *Journal of nursing education*, 33(8)351-356.

La première composante de la pensée critique indiquée à la figure 2 réfère aux connaissances de base indispensables pour amorcer un processus de pensée critique. La seconde composante est l'expérience. La pensée critique dans une discipline s'acquiert avec le développement des connaissances procédurales, l'expérience et la capacité de prendre des décisions cliniques. En somme, la compréhension réelle d'une situation complexe se fait à travers l'expérience et vient avec l'analyse de situations similaires et complémentaires.

La troisième composante relève des compétences. Trois ordres de compétences sont identifiés dans ce modèle (tableau 5). Les compétences générales de la pensée critique, qui peuvent s'appliquer à plusieurs disciplines, telle que la résolution de problème. Les compétences spécifiques de la pensée critique, propres aux situations cliniques incluent le raisonnement diagnostique et la prise de décisions cliniques. Les compétences spécifiques sont applicables aux diverses disciplines du domaine de la santé. Enfin, les compétences spécialisées de la pensée critique relèvent spécifiquement du modèle de pratique en soins infirmiers.

La quatrième composante fait référence aux onze attitudes propres à la pensée critique, adaptées des travaux de Glaser (1941) et de Paul (1993b). La cinquième composante fait appel aux normes intellectuelles de la pensée critique ainsi qu'aux normes de pratique professionnelle. Selon Paul (*Ibid.*), la pensée critique requiert un niveau intellectuel universel. D'après l'auteur, nous devrions référer aux attitudes et normes intellectuelles de pensée critique (Tableau 5) pour évaluer et comparer le niveau de pensée critique des individus. Quant aux normes professionnelles, elles sont définies par le code de déontologie et la réglementation de la pratique professionnelle.

Chacune de ces composantes s'échelonne hiérarchiquement sur trois niveaux de pensée critique : élémentaire, complexité et responsabilité.

Le premier niveau appelé niveau élémentaire, définit un individu qui s'en remet à l'autorité pour obtenir la réponse à tous les problèmes. Le niveau élémentaire

est un passage normal dans le processus d'apprentissage et de développement de la pensée critique.

Au second niveau, celui de la complexité, la ou le stagiaire évolue dans sa vision des perceptions différentes et considère la sienne en premier lieu. Elle ou il fait preuve d'analyse et considère les alternatives possibles. Bien que son autonomie soit accrue, à ce niveau, elle ou il ne s'engage pas dans une direction de son propre chef.

Au troisième niveau, celui de la responsabilité, la ou le stagiaire est en mesure de prendre des décisions éclairées, à partir des alternatives identifiées au niveau précédent (complexité).

Examinons, à présent, ce qui définit les cinq composantes proposées dans le modèle de Kataoka-Yahiro M. et Saylor C. (1994). Le tableau 5 expose chacune de ces composantes.

Tableau 5  
Les composantes de la pensée critique en soins infirmiers appliquées en  
hygiène dentaire

I.	Connaissances spécialisées en soins infirmiers (en hygiène dentaire)	
II.	Expérience en soins infirmiers (en hygiène dentaire)	
III.	Compétences de la pensée critique	
	A. Compétences générales de la pensée critique	
	B. Compétences spécifiques de la pensée critique relatives aux situations cliniques	
	C. Compétences spécialisées de la pensée critique relatives aux soins infirmiers (à l'hygiène dentaire)	
IV.	Attitudes reliées à la pensée critique	
	Confiance	Persévérance
	Autonomie	Créativité
	Impartialité	Curiosité
	Responsabilité	Intégrité
	Initiative	Prudence
	Discipline	
V.	Normes de la pensée critique	
	1. Normes intellectuelles	
	Clarté	Logique
	Précision	Profondeur
	Spécificité	Diversité
	Exactitude	Exhaustivité
	Pertinence	Adéquation
	Plausibilité	Souplesse
	Cohérence	Impartialité
	2. Normes professionnelles	
	2.1 Normes éthiques ou déontologiques	
	2.2 Critères d'évaluation de la qualité des soins	
	2.3 Responsabilité de la pratique professionnelle	

Source : Adaptation de Kataoka-Yahiro M. et Saylor C. (1994). A critical thinking model for nursing judgment. *Journal of nursing education*, 33(8)351-356.

### *1.2.2. Le modèle de pratique en hygiène dentaire*

Le concept de pensée critique en hygiène dentaire est défini à partir du modèle de pratique de l'hygiéniste dentaire qui constitue la norme professionnelle au niveau canadien (Commission de l'Agrément dentaire du Canada, 2011; Darby et Walsh, 2010) présenté au tableau 6. La pensée critique en techniques d'hygiène dentaire est vue comme une approche systématique de résolution de problèmes. Cette approche systématique en soins buccodentaires préventifs pratiquée par les hygiénistes dentaires implique cinq étapes : 1) l'évaluation; 2) le diagnostic en hygiène dentaire; 3) la planification; 4) la mise en œuvre; 5) la réévaluation post-traitements. En d'autres termes, le modèle de pratique en hygiène dentaire débute par une évaluation de l'état de santé générale et buccodentaire de la cliente ou du client, permettant ensuite à l'hygiéniste de poser un diagnostic en hygiène dentaire, de planifier un plan de soins préventifs adapté et d'établir des objectifs avec la cliente ou le client afin qu'il recouvre une santé buccodentaire optimale. L'hygiéniste dentaire établira ensuite la mise en œuvre du plan de soins, puis, lors du rendez-vous subséquent, sera en mesure de réévaluer le niveau de santé buccodentaire atteint, par rapport aux objectifs fixés. Tout au long du processus, l'hygiéniste évalue, analyse, informe, planifie, puis procède aux interventions. Il ou elle doit poser des jugements cliniques basés sur des évidences scientifiques (Darby et Walsh, 2010) et faire preuve de pensée critique à chaque étape. Le tableau 6 décrit les cinq étapes du modèle.

Tableau 6  
Le modèle de pratique en hygiène dentaire

L'évaluation	Consiste à la collecte et à l'analyse systématique de données pour identifier les besoins, les problèmes de santé buccodentaire, y compris les historiques médicaux et dentaires, les signes vitaux, les examens extra et intrabuccaux, les radiographies, les indices et les évaluations du risque de la cliente ou du client.
Le diagnostic en hygiène dentaire	Se détermine en utilisant des aptitudes de pensée critique pour arriver à des conclusions sur les besoins en hygiène dentaire de la cliente ou du client. Conclusions qui sont basées sur les données d'évaluation disponibles.
La planification	Consiste à l'établissement d'objectifs et la sélection de services pouvant aider la cliente ou le client à obtenir une santé buccodentaire optimale.
La mise en œuvre	Consiste à procéder au plan de soins d'hygiène dentaire conçu pour répondre aux besoins identifiés de la cliente ou du client.
L'évaluation	Consiste à mesurer la réussite de la cliente ou du client à atteindre les objectifs établis dans son plan de soins.

Source : Darby et Walsh, M. (2010). *Dental hygiene theory and practice*, (3<sup>e</sup> éd.) St-Louis : Saunders Elsevier (1<sup>re</sup> éd. 1995). (Traduit par l'Association canadienne des hygiénistes dentaires, 2010).

En ce qui concerne le modèle de pratique en hygiène dentaire, précisons davantage les étapes d'évaluation, de diagnostic, de planification et de mise en œuvre, tel que décrit dans le document intitulé : Compétences et normes d'agrément et de pratique pour les hygiénistes dentaires au Canada (Association canadienne des hygiénistes dentaires, 2010). Les organismes qui ont collaboré à l'élaboration du document sont ceux qui règlementent la profession au Canada : l'ACHD, la FDHRA, la CADC, et le BNCHD.

L'étape d'évaluation englobe une première évaluation auprès du client. Cette première évaluation implique :

L'évaluation au niveau des soins thérapeutiques et préventifs :

- De recueillir les données complètes sur l'état de santé générale, buccodentaire et psychosociale de chaque cliente et client;
- De faire preuve de jugement professionnel en concordance avec la déontologie;
- D'identifier les risques et les contre-indications en se fondant sur l'interprétation de l'anamnèse et les données cliniques;
- D'utiliser les indices appropriés pour l'évaluation des risques de problèmes de santé buccodentaire;
- De reconnaître l'influence des déterminants de la santé sur l'état buccodentaire;
- De communiquer avec d'autres professionnels de la santé lorsque nécessaire.

L'évaluation en matière d'éducation en santé buccodentaire :

- De déterminer auprès des clientes et clients les obstacles perçus et de leur ouverture face à l'apprentissage lors de la planification de leur enseignement des mesures préventives;
- D'évaluer le niveau de connaissances des clientes et clients en matière de santé buccodentaire, et de tenir compte de leurs croyances, attitudes et habiletés lors de l'enseignement des mesures préventives;
- D'évaluer la motivation et les besoins d'informations ou d'acquisition d'habiletés spécifiques pour atteindre et maintenir leur santé buccodentaire et générale;
- D'adapter l'enseignement des mesures préventives en fonctions des capacités de chaque individu.

Bien que les aptitudes de pensée critique soient nécessaires à chaque étape du modèle, soulignons qu'elles sont spécifiées de façon plus distincte à l'étape du diagnostic en hygiène dentaire. En effet, les compétences déployées à cette étape incluent l'habileté de formuler un diagnostic d'hygiène dentaire en utilisant ses capacités de synthèse des informations, de résolution de problèmes et de prise de décisions. Parmi les indicateurs de rendement en lien avec le diagnostic en hygiène

dentaire, l'ACHD (2010), stipule que l'hygiéniste dentaire démontre sa compétence en réalisant les étapes ci-dessous.

Le diagnostic en hygiène dentaire :

- Fournir aux clientes et clients une représentation visuelle des affections qui les concernent;
- Les questionner sur leur compréhension des affections buccales qui les concernent et sur leurs causes;
- Communiquer les résultats prévus des options de traitements;
- Répondre aux questions des clientes et clients et s'assurer de leur compréhension;
- Recommander la participation d'autres professionnelles ou professionnels de la santé buccodentaire ou référer à ces derniers lorsque requis;
- Édifier le diagnostic en hygiène dentaire sur une évaluation complète.

Suite au diagnostic, l'étape de la planification des interventions en hygiène dentaire implique les compétences et les habiletés ci-dessous.

L'étape de planification au niveau des soins thérapeutiques et préventifs :

- Déterminer les besoins prioritaires des clientes et clients;
- Développer des plans de soins en hygiène dentaire fondés sur des données cliniques, en utilisant une approche centrée sur la cliente ou le client et en tenant compte des meilleures ressources disponibles;
- Concevoir et mettre en œuvre des services adaptés aux besoins particuliers des individus, des familles, des organisations et des communautés en se basant sur les meilleures pratiques;
- Réviser les plans de soins en hygiène dentaire en concertation avec les clientes et clients, et au besoin, en collaboration avec d'autres membres de l'équipe dentaire ou professionnels.

L'étape de planification en matière d'éducation en santé buccodentaire :

- Développer des plans éducatifs sur les principes et les étapes du changement de comportement;
- Créer un environnement propice à l'apprentissage;
- Aider les clientes et clients à se fixer des objectifs réalistes et mesurables afin d'optimiser leur état de santé buccodentaire;
- S'assurer que la cliente ou le client comprenne l'engagement personnel requis pour atteindre les meilleurs résultats;
- Sélectionner des interventions éducatives et élaborer du matériel éducatif pour combler les besoins d'apprentissage de la clientèle.

L'étape de la mise en œuvre, implique que l'hygiéniste prodigue les soins préventifs et elle doit :

(Au niveau des soins thérapeutiques et préventifs)

- Prodigue des soins cliniques préventifs, thérapeutiques et de maintien qui contribuent à la santé buccodentaire et à la santé générale des clientes et clients;

(En matière d'éducation en santé buccodentaire)

- Appliquer des théories appropriées pour amorcer un changement au niveau individuel et communautaire;
- Renforcer les capacités des individus à améliorer leur santé en leur allouant du temps pour pratiquer une nouvelle compétence avec son aide.
- Inclure les clients, leur famille et les aides-soignantes dans le processus d'éducation;
- Donner des conseils, aider les clientes et clients à développer des habiletés en santé buccodentaire et les guider pendant le processus d'apprentissage;
- Enfin, durant la réévaluation, l'hygiéniste évalue les habiletés de la cliente ou du client à maintenir sa santé buccodentaire par un entretien et des mesures d'hygiène buccodentaires sur une base quotidienne.

### *1.2.3. Le modèle de pratique en hygiène dentaire retenu*

Le modèle de pratique en hygiène dentaire élaboré par Darby et Walsh (2010) est celui que nous utiliserons pour notre expérimentation. Toutefois, le modèle actuel de pratique en hygiène dentaire (*Ibid.*) ne met pas suffisamment en lumière les composantes de la pensée critique telles que définies par Kataoka-Yahiro et Saylor

(1994). C'est pourquoi nous l'avons adapté en y ajoutant les composantes de la pensée critique (*Ibid.*).

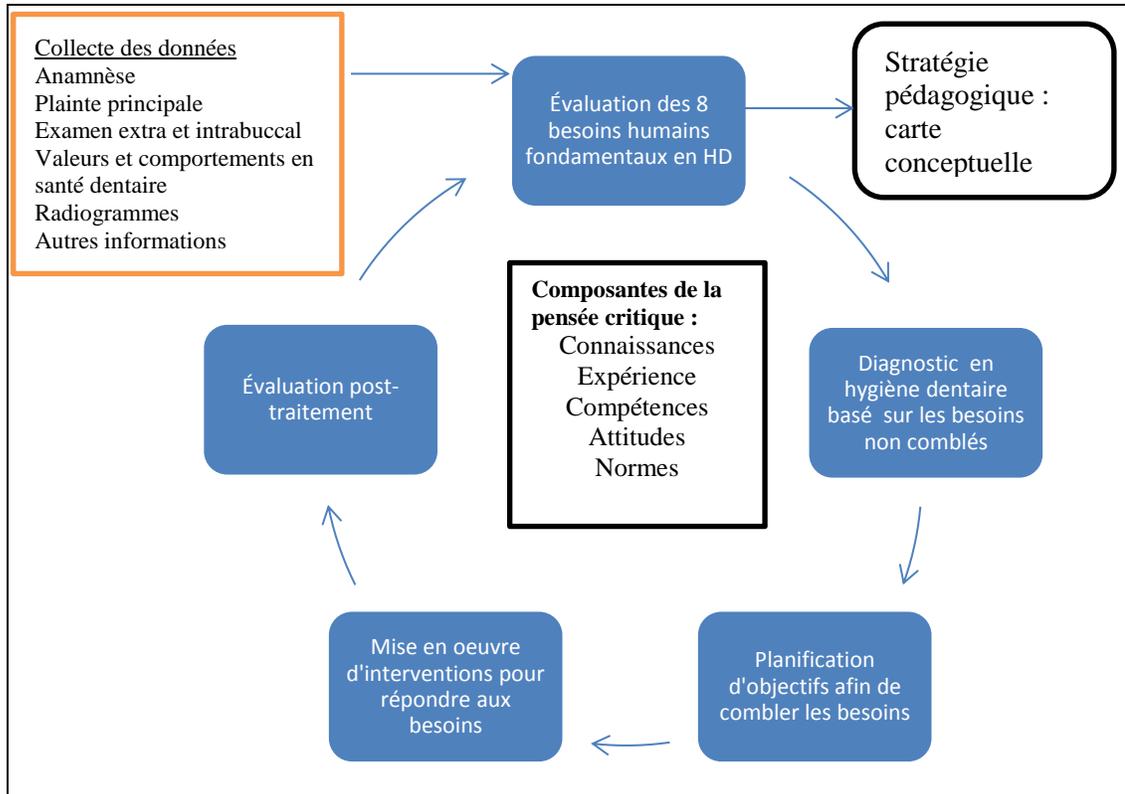


Figure 3  
L'adaptation du modèle de pratique en hygiène dentaire retenu.

Sources :

Darby et Walsh, M. (2010). *Dental hygiene theory and practice*, (3<sup>e</sup> éd.). St-Louis, MO : Saunders Elsevier (1<sup>re</sup> éd. 1995), p. 17.

Kataoka-Yahiro M. et Saylor C. (1994). A critical thinking model for nursing judgment. *Journal of nursing education*, 33(8)351-356

Le modèle adapté illustré à la figure 3 démontre que le processus de pensée critique en hygiène dentaire commence avec la collecte des données et se poursuit avec l'évaluation des besoins humains fondamentaux. De plus, il inclut les composantes de la pensée critique selon Kataoka-Yahiro et Saylor (1994).

#### 1.2.4. *Les besoins humains fondamentaux en hygiène dentaire*

Darby et Walsh (2010) définissent le terme client comme un être biologique, psychologique, spirituel, social, culturel et intellectuel dont les comportements sont influencés par ses besoins humains. Le client peut être un individu, une famille ou un groupe ayant huit besoins humains fondamentaux reliés aux soins en hygiène dentaire. À partir de l'évaluation et des données cliniques, le diagnostic en hygiène dentaire est établi en fonction des huit besoins humains fondamentaux en hygiène dentaire. Voici la liste de ces huit besoins (Darby et Walsh 2010) :

1. Protection contre les risques reliés à la santé.
2. Absence de stress et d'anxiété.
3. Absence de douleur.
4. Apparence faciale saine.
5. Intégrité des muqueuses et des tissus mous de la tête et du cou.
6. Fonction dentaire.
7. Compréhension de son état de santé buccodentaire.
8. Prise en charge de sa santé buccodentaire.

Le but de la séance avec un client ou une cliente consiste à répondre à tous ses besoins humains fondamentaux en hygiène dentaire. Dans la clinique-école du cégep Édouard-Montpetit, le modèle de pratique en hygiène dentaire est appliqué sous la forme d'un plan d'intervention en hygiène dentaire couramment appelé PIHD.

À cet égard, nous souhaitons expérimenter un outil d'organisation de la pensée permettant de mettre en perspective, chaque étape du PIHD, afin de mieux l'adapter à chaque cliente ou client. Or, tel que démontré dans la problématique, les méthodes pédagogiques actuelles ne favorisent pas suffisamment le développement des habiletés de pensée. Nous souhaitons donc intégrer une stratégie pédagogique qui aiderait les étudiantes et les étudiants à organiser plus efficacement leurs connaissances afin de les utiliser à bon escient dans la réalisation de leur PIHD. Les cartes conceptuelles pourraient constituer une stratégie pédagogique judicieuse en hygiène dentaire, tel que démontré par Ellermann et Kataoka-Yahiro (2006). En effet, la conception de plans d'interventions sous forme de cartes conceptuelles implique une analyse non linéaire des données cliniques et des problèmes de la cliente ou du

client, en plus de l'identification de liens entre ceux-ci, leurs causes et les facteurs y contribuant. L'exercice se fait, de surcroît, dans le respect et l'application des normes intellectuelles de la pensée critique ainsi que des normes professionnelles (Ellerman et Kataoka-Yahiro, 2006).

## 2. LES CARTES CONCEPTUELLES

En premier lieu, mentionnons que certains auteurs les appellent schémas ou réseaux de concepts, et d'autres cartes conceptuelles ou cartes cognitives. Dans le domaine de la santé, le terme anglophone «*concept map*» est le plus courant, de même que «carte conceptuelle» en français. C'est pourquoi nous employons ce terme. Voyons donc la définition et ensuite les étapes d'élaboration d'une carte conceptuelle. Nous présentons, dans un premier temps, cet outil visuel utilisé dans certaines facultés de soins infirmiers aux États-Unis pour l'élaboration des plans de soins.

À l'origine, Gowin et Novak (1985) les appellent schémas de concepts et affirment qu'ils sont destinés à représenter des relations significatives entre des concepts. Ils définissent le schéma de concepts comme étant un dispositif pour représenter un ensemble de concepts signifiants imbriqués dans une structure de propositions. Ils sont utiles aux étudiantes et étudiants ainsi qu'aux enseignantes et enseignants pour clarifier et se concentrer sur un petit nombre à la fois de notions importantes ou de mots-clés. Ils constituent un moyen visuel démontrant les voies possibles et significatives reliant des concepts. (Gowin et Novak, 1985).

Les auteurs Marchand et d'Ivernois (2004) utilisent le terme «carte conceptuelle» et le définissent comme «une représentation écrite, hiérarchisée d'un ensemble de concepts et de relations de sens qui les relie» (*Ibid.*, p. 231). Le tableau 7 indique les étapes de l'élaboration d'une carte conceptuelle, selon Marchand et d'Ivernois (2004).

Tableau 7  
Les étapes d'élaboration d'une carte conceptuelle

- 
1. À partir d'un thème, d'un concept, d'une compétence, déterminer les principaux concepts qui semblent associés. On obtient une liste de concepts qui peuvent représenter des objets, des événements, des symboles ou autres.
  2. À partir de cette liste de concepts, organiser les connaissances en classant les concepts du plus général au plus spécifique, du plus abstrait au plus concret.
  3. Trier ensuite les concepts en fonction de leur niveau d'abstraction et de leurs relations afin de les agencer ou de les situer sur la carte.
  4. Relier les différents concepts entre eux par une flèche et une expression verbale indiquant le sens de la relation. Il peut s'agir d'un verbe, d'un nom, d'une conjonction de coordination ou d'un terme de liaison.
- 

Source : Marchand, C. et d'Ivernois, J-F. (2004). Les cartes conceptuelles dans les formations en santé. *Pédagogie médicale*, 5(4), 231.

L'élaboration et l'interprétation de systèmes de cartographie requièrent une transformation cognitive complète, d'ordre intellectuel et visuel. Ainsi, elles constituent un exercice de construction de savoirs et de sens. Selon Marchand et d'Ivernois (*Ibid.*), plusieurs auteurs soutiennent que l'organisation des connaissances détermine, en partie, la façon dont celles-ci seront utilisées pour résoudre un problème et prendre une décision.

Les cartes conceptuelles peuvent être complètement réalisées par les étudiantes et les étudiants ou un gabarit peut leur être présenté. Dans cette deuxième option, les étudiantes et les étudiants remplissent la carte conceptuelle, à partir des données contextuelles qu'ils obtiennent. Cette méthode présenterait sensiblement les mêmes avantages que le fait de créer la carte conceptuelle sur une page blanche, dans un contexte qui nécessite une structure précise (Boley, 2008).

En somme, les cartes conceptuelles constituent une stratégie pédagogique permettant de favoriser la pensée critique chez les étudiantes et étudiants en soins infirmiers (Atay et Karabacak 2011; McHugh Schuster, 2012; Mehbodi, Moattari, Moghaddam et Soleimani, 2014) et en sciences de la santé (Daley et Torre, 2010).

À la faculté des sciences infirmières de l'université de Younstown State, les étudiantes et les étudiants rédigent leur plan de soins à partir de cartes conceptuelles. McHugh Schuster (2012) définit cette méthode comme un diagramme des problèmes de la patiente ou du patient et des stratégies infirmières menées dans le but de les éliminer. Cette stratégie d'enseignement et d'apprentissage développe les facultés de pensée critique et de raisonnement clinique puisqu'elle permet de visualiser les priorités et les relations constituant les données de chaque patiente ou patient. Or, le modèle de pratique en hygiène dentaire s'apparentant à celui des soins infirmiers, nous estimons que cette stratégie pédagogique innovatrice en matière de planification et d'organisation pourrait s'appliquer au plan d'intervention en hygiène dentaire.

De même, à l'université d'Hawaii, les membres de la faculté des sciences infirmières et d'hygiène dentaire (School of Nursing and dental hygiene, Honolulu, Hawaiï) ont adopté la stratégie des cartes conceptuelles dans l'utilisation des modèles de pratique afin de favoriser davantage l'exercice de la pensée critique. Ellermann, Kataoka-Yahiro, et Wong, (2006) soutiennent que les modèles de logique sont utiles dans la conceptualisation d'actions en favorisant la compréhension des relations de cause à effet; ce qui résulte d'un accroissement de la pensée critique. Le modèle de pratique étant prédominant dans l'exercice de l'hygiène dentaire, la faculté a introduit une nouvelle méthode dynamique d'analyse de données qui stimule l'ajout continu d'informations additionnant des idées entre les relations et les facteurs contributifs. Le caractère logique insistant sur le développement de la pensée critique amène les étudiantes et les étudiants novices confinés à une structure rigide du modèle de pratique à devenir des expertes et des experts dotés de sens critique, de flexibilité et d'ouverture d'esprit, intégrant adéquatement leurs connaissances au sein de leurs expériences. Les cartes conceptuelles font partie intégrante des modèles proposés

dans la faculté des sciences infirmières et d'hygiène dentaire (School of Nursing and dental hygiene, Honolulu, Hawaï) dans le but (Ellermann, Kataoka-Yahiro, et Wong, 2006, p. 221)

- d'introduire puis stimuler la pensée critique comme un processus multidimensionnel et intégrateur;
- d'enrichir la compréhension des facteurs interreliés et leur influence sur les clients;
- d'identifier et clarifier tous les concepts (avec les données cliniques) et leur influence sur la santé des clients;
- de visualiser et faire des liens logiques entre les concepts.

L'analyse des informations schématisées permet aux étudiantes et étudiants de visualiser les multiples facteurs qui influencent la santé des clientes et clients afin d'engendrer des objectifs et des interventions spécifiques. La conception de plans d'intervention sous forme de cartes conceptuelles nécessite l'engagement de l'étudiante dans sa compréhension des relations impliquées (Ellermann, Kataoka-Yahiro, et Wong, 2006).

Dans un rapport de recherche publié en 2012 dans *International Journal of Nursing Practice*, les étudiants qui ont préparé un plan de soins à partir d'une carte conceptuelle ont mieux performé, ce qui s'est caractérisé par un résultat plus élevé à l'évaluation que le groupe témoin. L'étude affirme que l'élaboration de plans de soins en utilisant la stratégie des cartes conceptuelles favorisait davantage le développement d'habiletés de pensée critique comparativement aux étudiants concevant des plans de soins avec la méthode conventionnelle. (Atay et Karaback, 2011).

Dans cette optique, nous voulons valider notre stratégie pédagogique qui consiste à élaborer et interpréter des cartes conceptuelles pour favoriser les aptitudes de pensée critique dans le cadre des stages cliniques en hygiène dentaire. Nous souhaitons, par cette stratégie pédagogique, permettre aux stagiaires de mieux tenir

compte des causes et facteurs contribuant aux problèmes de la cliente ou du client, de ses besoins, ses connaissances, ses habitudes et son état de santé, dans l'élaboration du PIHD. Pour ce faire, nous avons posé trois objectifs de recherche.

### 3. LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES DE RECHERCHE

Nous formulons donc trois objectifs afin de répondre à notre question générale de recherche posée ainsi : En quoi l'élaboration et l'interprétation du plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle favorisent-elles les aptitudes de pensée critique chez les stagiaires en hygiène dentaire?

Les objectifs sont les suivants :

#### **Objectifs de recherche :**

1. Vérifier l'appréciation de stagiaires de la stratégie pédagogique représentant le plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle auprès de la clientèle en stages cliniques.
2. Identifier les perceptions de stagiaires de l'exercice de leur pensée critique à partir des plans d'interventions en hygiène dentaire qu'elles présentent sous forme de cartes conceptuelles.
3. Évaluer la pratique de la pensée critique exercée par les stagiaires lors de la réalisation de leurs plans d'interventions en hygiène dentaire sous forme de cartes conceptuelles.

## **TROISIÈME CHAPITRE**

### **LA MÉTHODOLOGIE**

Dans ce chapitre, nous présentons notre approche méthodologique, les participantes à la recherche, les techniques et les instruments de collecte des données, le déroulement de la recherche, la démarche d'analyse, les considérations éthiques et les moyens pour assurer la rigueur et la scientificité. Nous exposons notre paradigme de recherche, ainsi que notre démarche méthodologique pour atteindre les trois objectifs cités au chapitre précédent. En privilégiant une approche qualitative, nous souhaitons vérifier la perception des participantes et l'efficacité du plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle dans le développement de la pensée critique chez les stagiaires en hygiène dentaire.

#### **1. L'APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE**

L'approche méthodologique de notre recherche s'inscrit dans un paradigme qualitatif/interprétatif. C'est une démarche qui poursuit des buts pragmatiques et utilitaires, puisque qu'elle permet d'évoluer vers des applications pratiques des résultats obtenus (Karsenti-Savoie-Zajc, 2011). Le courant interprétatif cherche à comprendre le sens de la réalité des individus; il adopte une perspective systémique, interactive, alors que la recherche se déroule dans le milieu habituel des personnes. Notre posture épistémologique est interprétative car nous avons recueilli et analysé les données faisant état des perceptions, des expériences et des réflexions des participantes (Harvey et Loiselle, 2007).

Dans notre cadre théorique, nous avons retenu le modèle de pratique qui inclut le processus de pensée critique à partir des huit besoins humains fondamentaux en hygiène dentaire (Darby et Walsh, 2010). Nous y avons ajouté les composantes de la pensée critique de Kataoka-Yahiro et Saylor (1994) qui sont : les connaissances,

l'expérience, les compétences, les attitudes et les normes. Ces composantes pouvant se situer à trois niveaux, soient élémentaire, complexité et responsabilité. Or, dans le cadre de cet essai, nous nous sommes limitée aux étapes du modèle de pratique en hygiène dentaire de Darby et Walsh (2010) ainsi qu'aux attitudes et aux normes proposées par Kataoka-Yahiro et Saylor, (1994). Pour ce qui est des connaissances et de l'expérience ainsi que les niveaux (élémentaire, complexité et responsabilité), nous laissons ces aspects pour d'éventuelles recherches futures.

### **1.1. Le type de recherche**

Selon notre recension d'écrits, il n'apparaît pas que le domaine de l'hygiène dentaire ait fait l'objet de recherches concernant la pensée critique au Québec. En cohérence avec la problématique et les objectifs qui nous intéressent, notre paradigme épistémologique interprétatif nous a menée vers une recherche de type développement. «La recherche développement considère le développement de matériel pédagogique, mais aussi le développement de stratégies, de méthodes, de modèles ou de programmes ayant une incidence sur l'action éducative.» (Harvey et Loïselle, 2007, p. 42). Selon ces auteurs, les mises à l'essai empiriques constituent un processus de validation du produit et visent à en démontrer l'efficacité. Legendre (2005) définit ce type de recherche comme «visant, par l'utilisation de connaissances scientifiques et de données de recherches, à produire des objets ou des procédés nouveaux.» (Legendre, 2005, dans Harvey et Loïselle, 2007, p. 43).

Dans l'optique proposée par Harvey et Loïselle (2007), l'expérience de développement doit être analysée pour enrichir la compréhension de la dynamique entre l'objet développé, le contexte d'application et les perceptions des acteurs dans leur expérience d'utilisation de l'objet. C'est ce en quoi consistent nos objectifs de recherche. Le premier a pour but de vérifier l'appréciation de stagiaires concernant la stratégie pédagogique développée, les deux autres fournissent également une analyse de l'expérience réalisée dans le but de mettre en évidence les perceptions et les attitudes de pensée critique qui ressortent de l'expérience de développement.

## 2. LES PARTICIPANTES À LA RECHERCHE

Nous avons eu recours aux services d'enseignantes expertes en hygiène dentaire pour valider nos instruments de collecte des données, ainsi qu'à un petit groupe d'étudiantes volontaires. Parmi les étudiantes en hygiène dentaire volontaires pour participer au projet, quatre d'entre elles ont expérimenté notre stratégie pédagogique qu'est le plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle.

### 2.1. La conception du gabarit du PIHD sous forme de carte conceptuelle

Pour réaliser notre gabarit du PIHD sous forme de carte conceptuelle (annexe H), nous nous sommes basée sur le PIHD conventionnel (annexe G), c'est-à-dire, celui utilisé actuellement à la clinique-école de notre cégep. Notre plan d'intervention en hygiène dentaire contient les trois premières étapes du modèle de pratique en hygiène dentaire à savoir : l'évaluation, le diagnostic en hygiène dentaire et la planification. La quatrième étape étant la mise en œuvre, elle consiste à l'enseignement des mesures de prévention à la clientèle et l'exécution des soins thérapeutiques pour optimiser la santé buccodentaire. Enfin, la cinquième étape, la réévaluation post-traitement, exécutée lors du rendez-vous qui succède à la mise en œuvre, se fait lorsque la cliente ou le client revient pour une réévaluation post-traitements. L'expérimentation concerne les quatre premières étapes du modèle, soit : l'évaluation, le diagnostic en hygiène dentaire, la planification et une partie de la mise en oeuvre.

Les principaux concepts de la première étape, l'évaluation en hygiène dentaire, sont les problèmes ou affections buccodentaires de la cliente ou du client, ainsi que les causes et les facteurs contribuant à ces problèmes.

La deuxième étape, le diagnostic en hygiène dentaire est établi en identifiant les besoins humains fondamentaux en hygiène dentaire, qui ne sont pas comblés. Ensuite, une planification des interventions est nécessaire afin de combler tous les

besoins fondamentaux en hygiène dentaire de la cliente ou du client. C'est la troisième étape, la planification en hygiène dentaire. L'éducation de la cliente ou du client, à propos de ses problèmes buccodentaires, de leurs causes et facteurs contributifs, puis des moyens pour y pallier se retrouve dans les volets de la planification et de la mise en œuvre. Elle consiste à enseigner à la cliente ou au client les méthodes d'élimination de la plaque dentaire, à l'origine de la plupart des affections buccodentaires. Pour ce faire, nous lui présentons la ou les brosses à dents adaptées pour ses besoins, les adjuvants et les produits topiques appropriés si nécessaires. Les conseils alimentaires et les entrevues en cessation tabagique font aussi partie de l'éducation en santé buccodentaire de la clientèle. C'est aussi durant l'étape de la planification que l'hygiéniste ou la stagiaire en hygiène dentaire, amène la cliente ou le client à se fixer des objectifs observables et mesurables, afin de recouvrer une santé buccodentaire optimale (en répondant aux besoins humains fondamentaux en hygiène dentaire non comblés). Cette troisième étape (planification en hygiène dentaire) termine avec le consentement éclairé, présenté à la cliente ou au client, puis l'explication des traitements disponibles pour guérir ses affections. La mise en œuvre consiste à appliquer les théories pour amorcer un changement, renforcer les capacités de la cliente ou du client à améliorer sa santé en lui allouant du temps pour pratiquer une nouvelle méthode de brossage, par exemple, ou d'utilisation adéquate de la soie dentaire. La mise en œuvre n'est pas explicite dans le PIHD puisqu'elle se fait auprès de la clientèle, mais nous pourrions l'analyser à travers la planification, inscrite au PIHD et lors de l'observation empirique. Ce sont donc les quatre étapes du processus de pensée critique, analysées au cours de l'expérimentation.

Au tout début de notre expérimentation, nous avons conçu deux versions différentes du PIHD sous forme de carte conceptuelle. L'une s'étalait sur une page de grande surface en format 17 pouces x 22 pouces, pliée en deux afin de pouvoir l'insérer dans le dossier. Cette première version contenait plus d'écriture et reprenait l'intégralité du PIHD conventionnel. La seconde, plus synthétisée, était sur deux

pages en format standard : 8 1/2 pouces x 11 pouces (une feuille recto verso). Pour cette version, nous avons réduit au minimum la quantité d'écriture et laissé la place aux cases vides, à remplir par les stagiaires. Nous avons présenté les deux versions du PIHD sous forme de carte conceptuelle aux enseignantes et aux étudiantes volontaires. Toutes ont été unanimes et ont opté pour la version sur deux pages en format standard en raison de son format qui est beaucoup plus facile d'utilisation en clinique. Il va sans dire que les stagiaires, les enseignantes, enseignants et le personnel, travaillons avec des gants. Or, pour éviter de contaminer les documents avec nos gants utilisés lors des soins aux clients, le format standard est plus facile d'utilisation et présente moins de risque de contamination croisée. De plus, elles ont trouvé cette version plus claire et plus conviviale. C'est donc la version que nous avons retenue.

## **2.2. Le processus de validation**

### *2.2.1. Les enseignantes*

En janvier 2014, nous avons fait valider notre carte conceptuelle du plan d'intervention en hygiène dentaire par deux enseignantes expérimentées en hygiène dentaire. La première est hygiéniste dentaire depuis plus de 25 ans et enseigne la profession depuis une dizaine d'années. La seconde a enseigné pendant plus de 30 ans, retraitée de l'enseignement, elle pratique toujours la profession d'hygiéniste dentaire. Toutes deux ont participé à la conception du PIHD actuellement utilisé à la clinique d'hygiène dentaire du cégep Édouard-Montpetit. La clinique d'hygiène dentaire de notre cégep est une clinique-école conforme aux exigences de l'Agrément dentaire du Canada. Nous leur avons demandé de valider la clarté et la conformité de notre PIHD sous forme de carte conceptuelle avec le PIHD conventionnel utilisé actuellement. L'une d'entre elles nous a fait part d'une coquille et d'un élément manquant. Nous avons donc exécuté ces deux modifications avant l'expérimentation.

### *2.2.2. Les étudiantes stagiaires*

En février 2014 nous avons présenté le PIHD sous forme de carte conceptuelle à cinq étudiantes de sixième trimestre des techniques d'hygiène dentaire. Ces dernières sont en stage 3 intitulé Stage d'intégration qui les prépare à l'épreuve synthèse de programme et au marché du travail. Parmi ces cinq, quatre ont participé à l'expérimentation complète et l'une a participé seulement à la première étape de validation. Cette dernière n'était pas dans le groupe de stage de la chercheuse, mais nous lui avons demandé si elle serait à l'aise de travailler avec le PIHD sous forme de carte conceptuelle afin de connaître l'avis d'une stagiaire non participante à l'expérimentation. Les cinq étudiantes nous ont affirmé que le PIHD sous forme de carte conceptuelle était clair et semblait relativement simple à compléter. Les quatre étudiantes de notre groupe de participantes ont soulevé qu'elles étaient à l'aise de travailler avec ce PIHD conceptuel et qu'elles avaient hâte de débiter l'expérimentation. Nous leur avons d'ailleurs offert de se pratiquer à l'utiliser avec des histoires de cas, ce qu'elles ont trouvé inutile puisqu'elles se sentaient déjà prêtes à l'utiliser directement auprès de la clientèle. Elles ont exprimé un grand intérêt à utiliser le PIHD conceptuel qu'elles ont qualifié de très clair et accessible. Les étudiantes participantes sont âgées entre 18 et 19 ans.

### *2.2.3. Le questionnaire d'appréciation*

Notre questionnaire, sous forme d'une grille d'appréciation (annexe L), est constitué de 35 questions à choix de réponses. Nous nous sommes basée sur notre modèle de pratique en hygiène dentaire pour rédiger les questions 1 à 27 alors que les questions 28 à 35 concernent les attitudes et les normes de la pensée critique. Le document intitulé : Compétences et normes d'agrément et de pratique pour les hygiénistes dentaires au Canada (2010) décrit les étapes du processus de soins pour : évaluer, diagnostiquer, planifier, mettre en œuvre et évaluer les soins de la clientèle. Ce modèle ou processus de soin constitue un cadre de travail de résolution de problème et de pensée critique; la norme professionnelle acceptée pour la prise de

décision par les hygiénistes dentaires (ACHD, 2010). Pour chaque étape du processus de soin, les compétences, les habiletés et les indicateurs de rendement sont explicités. Nous nous sommes donc basée sur les compétences et les habiletés énumérées dans chacune des étapes du modèle que l'on retrouve dans le PIHD. Nous nous sommes aussi inspirée d'exemples de questionnaires de Boisvert (1999) sur l'évaluation de la pensée critique pour les questions 28 à 35. Ces questions concernent, entre autres, les attitudes et les normes reliées à la pensée critique d'après Kataoka-Yahiro et Saylor (1993) que nous avons aussi retenues dans notre modèle. Le but du questionnaire d'appréciation était de répondre à nos deux premiers objectifs de recherche : 1) vérifier l'appréciation des participantes de la stratégie pédagogique représentant le PIHD sous forme de carte conceptuelle et 2) identifier leur perception quant à l'exercice de leur pensée critique lors de la réalisation de leur PIHD sous forme de carte conceptuelle.

Ensuite, nous avons eu recours aux services d'une conseillère pédagogique, ancienne hygiéniste dentaire ayant pratiqué pendant plus de 25 ans et doctorante en éducation, spécialiste en mesure et évaluation. Elle nous a orientée quant aux normes générales de ce type de questionnaire. Sous ses recommandations, nous avons apporté quelques modifications, entre autres, dans les choix de réponses de notre questionnaire d'appréciation.

Afin d'assurer la compréhension des étudiantes participantes, nous avons défini certains termes du questionnaire. Par exemple, la troisième question du questionnaire d'appréciation concerne l'attitude de la pensée critique reliée à l'impartialité. Nous avons inscrit la définition du dictionnaire Larousse (2000) pour assurer la compréhension de ce terme par les étudiantes participantes. De même pour les normes reliées à la pensée critique: plausibilité, exhaustivité, adéquation et impartialité, nous avons inscrit la définition du dictionnaire Larousse (2000) pour chacun de ces termes dans le questionnaire. Ensuite, nous avons fait valider notre questionnaire d'appréciation par une stagiaire en hygiène dentaire de 5<sup>e</sup> session. Nous lui avons présenté notre modèle de PIHD sous forme de carte conceptuelle, puis lui

avons soumis le questionnaire d'appréciation, afin qu'elle le lise et le remplisse. Nous lui avons aussi demandé de nous mentionner toute ambiguïté ou éclaircissement nécessaire. Elle nous a remis le questionnaire complété et nous a mentionné que toutes les questions étaient claires et qu'elle n'avait eu aucune difficulté au niveau de la compréhension lors de sa lecture.

### 3. LES TECHNIQUES ET LES INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNÉES

Il existe plusieurs formes d'instruments de collecte des données pour l'évaluation de la pensée critique, comme le *California critical thinking skills test* (CCTST) et le *California critical thinking disposition inventory* (CCTDI) (Ennis, 1985). Ces instruments de mesures quantitatives ont pour vocation d'évaluer plusieurs critères d'ordre général. Ils sont utilisés à travers le monde, entre autres, dans les domaines de l'éducation et des ressources humaines. Toutefois, ils ne sont pas adaptés au contexte et aux objectifs de notre recherche ainsi qu'à notre posture épistémologique qualitative. Boivert (1999) propose des instruments d'évaluation de la pensée critique dont, entre autres, l'observation des élèves, l'entrevue et le questionnaire. Ces instruments de collecte des données correspondent à notre posture épistémologique et permettront de répondre à nos objectifs de recherche.

La collecte des données se fait donc à partir de quatre instruments, soient le journal de bord, le questionnaire d'appréciation, l'observation semi-participante de la chercheure (incluant l'observation des PIHD réalisés par les participantes durant l'expérimentation) et l'entrevue semi-dirigée.

#### 3.1. Le journal de bord

Le journal de bord étant indispensable en recherche développement, nous en avons tenu un pour la chercheure, puis en avons offert un à chacune des stagiaires participantes.

### *3.1.1. Le journal de bord de la chercheure*

Depuis l'amorce de notre projet et tout au long de notre expérimentation, nous avons tenu un journal de bord. Nous y avons noté multiples idées, observations et intentions. Nous avons aussi inventorié les commentaires et recommandations des expertes consultées : directrice d'essai, conseillère pédagogique, collègues enseignantes et membres du comité d'éthique.

### *3.1.2. Le journal de bord des étudiantes*

Nous avons remis un journal de bord aux étudiantes participantes et leur avons demandé d'y noter leurs remarques et impressions au fur et à mesure de l'expérimentation. À chaque fois qu'elles utilisaient notre stratégie pédagogique, elles devaient exprimer leurs perceptions en lien avec la carte conceptuelle, dans le contexte clinique, auprès de la clientèle. Nous leur avons demandé de conserver leur journal de bord et s'en servir pour alimenter le groupe de discussion. Toutefois, elles ne l'ont pas vraiment utilisé ou très peu. Les quelques informations qu'elles y avaient notées ont été mentionnées lors de l'entrevue. C'est pourquoi nous n'avons pas comptabilisé les données de cet outil.

## **3.2. Le questionnaire d'appréciation**

Comme nous avons retenu le modèle de Kataoka-Yahiro et Saylor (1994), nous en avons modifié la vocation pour l'appliquer à notre discipline. Nous avons vu que les composantes de la pensée critique sont : les connaissances spécialisées en hygiène dentaire, l'expérience en hygiène dentaire, les compétences de la pensée critique, les attitudes reliées à la pensée critique et les normes de la pensée critique. Parmi ces normes, le modèle distingue les normes intellectuelles et les normes professionnelles. Notre questionnaire d'appréciation (annexe L) comprend toutes les étapes du modèle de pratique en hygiène dentaire. Rappelons que la norme professionnelle qui sous-tend le processus de prise de décisions cliniques en hygiène

dentaire s'appuie sur ce modèle reconnu par les organismes canadiens<sup>2</sup> de réglementation de la profession. De plus, nous y avons ajouté les normes intellectuelles, ainsi que les attitudes reliées à la pensée critique, énumérées dans le modèle de Kataoka-Yahiro et Saylor (1994).

Les participantes ont rempli le questionnaire d'appréciation au terme des trois séances d'expérimentation du PIHD sous forme de carte conceptuelle. Nous avons rencontré chacune des participantes, de façon individuelle, dans le bureau de la chercheuse pour une durée d'environ 45 minutes soient une vingtaine de minutes pour l'entrevue semi-dirigée et vingt minutes pour remplir le questionnaire d'appréciation.

### **3.3. L'observation semi-participante**

En recherche qualitative/interprétative, l'observation est un mode important selon Karsenti et Savoie-Zajc (2011). En effet, nous avons observé les participantes, durant l'expérimentation de notre stratégie pédagogique, en stage clinique auprès de leurs clientes et clients, durant les trois séances d'expérimentation. Chaque séance durait environ deux heures, nous avons noté nos observations dans notre journal de bord, pour les six heures d'observation.

#### *3.3.1. Les PIHD complétés par les participantes*

En complément à l'observation semi-participante, nous avons observé, analysé et évalué les PIHD complétés par les participantes, tout au long des trois séances de notre expérimentation. Puisque chaque stagiaire traite une cliente ou un client par séance, nous avons analysé un total de douze PIHD pour fins d'observation dans notre collecte des données.

---

<sup>2</sup> L'Association canadienne des hygiénistes dentaires (ACHD), la Fédération des organismes de réglementation en hygiène dentaire (FDHRA), la Commission de l'Agrément dentaire du Canada (CADC), le Bureau national de la certification en hygiène dentaire (BNCHD) et les pédagogues en hygiène dentaire.

### **3.4. L'entrevue semi-dirigée**

Suite à notre expérimentation du PIHD sous forme de carte conceptuelle en clinique, nous avons rencontré individuellement chacune des quatre participantes. Nous voulions connaître leurs impressions suite à cette expérimentation. Nous avons préalablement établi un canevas d'entrevue (annexe N) qui réunit une série de thèmes provenant du cadre théorique de la recherche tel que suggéré par Karsenti et Savoie-Zajc (2011). Nos questions d'entrevue étaient directement reliées à la pensée critique à travers le modèle de pratique en hygiène dentaire, constituant la composante des normes professionnelles. Les entrevues se sont déroulées à la suite des trois séances d'expérimentation du PIHD sous forme de carte conceptuelle, dans le bureau de la chercheure. Nous avons rencontré chaque participante individuellement en entrevue semi-dirigée, pour une durée d'une vingtaine de minutes chacune.

## **4. LE DÉROULEMENT DE LA RECHERCHE**

### **4.1. Les phases du modèle de recherche développement en éducation**

Plusieurs auteurs proposent des modèles pour les étapes d'une recherche développement en éducation (Nonnon 1993, Schffman, 1995, Van der Maren, 2003 dans Harvey et Loiselle, 2009). Le modèle de Harvey et Loiselle (2009), inspiré de Nonnon (1993), est celui que nous avons choisi (tableau 8). Il propose cinq phases : origine de la recherche, référentiel, méthodologie, opérationnalisation et résultats. La phase 1, l'origine de la recherche, prend assise sur un problème à résoudre ou une idée de développement. Cette phase soulève une ou des questions qui conduisent aux objectifs de la recherche. Elle correspond à notre problématique dans le présent essai. La phase 2, le référentiel, consiste à positionner les différentes théories concernant le sujet de recherche. Il s'agit ici de notre chapitre de recension d'écrits. La phase 3 relative à la méthodologie, positionne les méthodes et outils de collecte et d'analyse de données. La posture épistémologique de la chercheure ou du chercheur est présentée dans cette phase. La phase 4, opérationnalisation, est au cœur du

développement du produit. C'est la phase d'articulation entre la conception de l'objet, sa réalisation, les mises à l'essai et sa validation. Ces mises à l'essai ont pour but d'améliorer le produit à la lumière de l'expérience vécue par les participants. Finalement, il est possible de procéder à la validation du produit auprès des personnes pour lesquelles il a été créé. La phase d'opérationnalisation correspond à l'ensemble de notre démarche d'expérimentation, depuis la conception de notre stratégie pédagogique. La phase 5 : résultats est un exercice d'analyse et de synthèse qui consiste à colliger l'ensemble de l'information afin d'en saisir la portée et de présenter les résultats de la recherche. Elle est représentée par notre chapitre 4, intitulé Présentation et interprétation des résultats. Le tableau 8 présente les cinq phases macroscopiques du modèle de recherche développement en éducation, selon Harvey et Loisel (2009).

Tableau 8  
Les 5 phases macroscopiques du modèle de recherche  
développement en éducation

Phases du modèle	Correspondance dans le cadre de cet essai
1. Origine de la recherche	Problématique
2. Référentiel	Recension d'écrits
3. Méthodologie	Méthodologie
4. Opérationnalisation	Conception de l'objet Réalisation Mises à l'essai Validation
5. Résultats	Présentation et interprétation des résultats

Source : Harvey, S. et Loisel, J. (2009). Proposition d'un modèle de recherche développement. *Recherches qualitatives*, 28(2), 95-117.

## **4.2. La préparation à l'expérimentation du PIHD sous forme de carte conceptuelle**

### *4.2.1. Le contexte des stages cliniques en hygiène dentaire*

Les stages cliniques en hygiène dentaire se font dans la clinique intra-muros du cégep. La clinique-école de notre cégep possède vingt cubicules équipés de chaises dentaires, tel qu'en cabinet dentaire. Chaque enseignant clinicien et enseignante clinicienne est responsable d'un petit groupe de quatre ou cinq stagiaires dont ils ou elles supervisent chaque étape de la séance auprès de la clientèle. L'enseignant clinicien ou l'enseignante clinicienne assure la responsabilité professionnelle en vérifiant chaque étape réalisée par les stagiaires : le questionnaire médical, le dépistage extra et intraoral, les radiogrammes, le plan d'intervention en hygiène dentaire, l'enseignement des mesures préventives à la cliente ou au client, le détartrage, la prophylaxie, l'application de produits topiques, etc.

### *4.2.2. Le contexte de l'expérimentation*

Dans un premier temps, nous avons rencontré les quatre étudiantes participantes pour leur expliquer notre démarche et notre projet d'expérimentation. Nous avons aussi rencontré les secrétaires, pour leur mentionner que les clientes et clients que nous devons traiter dans le cadre de notre expérimentation devaient se présenter pour le premier rendez-vous. C'est au premier rendez-vous, suite au dépistage, que les stagiaires remplissent le plan d'intervention en hygiène dentaire. Étant donné que les traitements de la clinique-école s'échelonnent souvent sur plusieurs rendez-vous, nous nous sommes assurée que les clientes et clients traités avec notre PIHD sous forme de carte conceptuelle n'étaient pas déjà en cours de traitement. Lors des rendez-vous subséquents, elles n'en remplissent que la partie du suivi, beaucoup plus brève.

Durant l'expérimentation, la chercheuse était responsable d'un groupe de quatre stagiaires, durant trois séances cliniques, de deux heures chacune. Nous avons donc vu un total de 12 clientes et clients dans le cadre de notre expérimentation. Après chaque séance, nous avons rencontré individuellement chaque stagiaire participante pour une durée d'une dizaine de minutes chacune, pour assurer la complétude du dossier et faire une rétroaction et le bilan de la séance.

#### **4.3. L'expérimentation du PIHD sous forme de carte conceptuelle**

Nous avons expérimenté notre stratégie pédagogique en clinique à trois reprises, auprès des clientes et clients. Lors de la première mise à l'essai du PIHD sous forme de carte conceptuelle, la chercheuse a constaté, par le biais de l'observation semi-participante, une lacune particulière à propos de l'objet expérimenté : certaines parties du PIHD sous forme de carte conceptuelle ne laissaient pas assez d'espace aux stagiaires pour inscrire toutes les données. Principalement dans la troisième étape du modèle (Planification en hygiène dentaire), la case Séquence d'enseignement pour l'éducation en santé dentaire et la case pour inscrire les moyens utilisés pour atteindre les objectifs fixés par la cliente ou le client, les stagiaires devaient dépasser largement l'espace disponible pour écrire toutes les informations. L'annexe I est un exemple d'un PIHD rempli par l'une des stagiaires participantes qui a manqué de place. Elles ont d'ailleurs toutes mentionné cette lacune à la fin de la première séance d'expérimentation.

Suite à cette première mise à l'essai du PIHD sous forme de carte conceptuelle, la chercheuse a exécuté les modifications nécessaires afin d'avoir l'espace suffisant pour inscrire toutes les données, à l'avenir.

Lors de la deuxième séance d'expérimentation, l'espace était suffisant et les stagiaires étaient satisfaites du modèle modifié pour le PIHD sous forme de carte conceptuelle (un exemple est illustré en annexe J). Durant cette séance, la chercheuse a décidé d'imprimer cette version améliorée du PIHD sur du papier de couleur rose

afin d'en faciliter l'identification à travers les documents du dossier, telle que la version conventionnelle utilisée à la clinique-école de notre collège. Les stagiaires participantes étaient tout à fait d'accord avec cette idée et l'une des participantes nous a mentionné qu'elle avait songé à nous le suggérer.

La troisième séance d'expérimentation nous a permis d'utiliser le PIHD sous forme de carte conceptuelle, tel que modifié à la suite des deux séances précédentes et de constater pleinement les avantages de l'utiliser. Toutefois, l'une des stagiaires participantes a dû s'absenter de cette séance pour des raisons d'ordre médical. Par souci d'équité pour chaque participante, nous avons procédé à la troisième séance d'expérimentation avec cette étudiante, le lendemain. Toutefois, nous n'étions pas l'enseignante clinicienne de cette stagiaire cette journée-là. C'est une collègue qui a fait l'expérimentation avec la stagiaire. Par conséquent, notre observation semi-participante de cette séance s'est limitée à l'analyse du dossier complété par la stagiaire. De plus, le client de la stagiaire participante ne s'était pas présenté, mais cette dernière a pris le client d'une autre stagiaire non participante afin de pouvoir réaliser l'expérimentation. Mais ce dernier est arrivé en retard, ce qui a eu pour conséquence d'écourter la séance. Elle a toutefois eu le temps de remplir la majeure partie du PIHD sous forme de carte conceptuelle et d'en constater l'efficacité, en l'occurrence, malgré le temps écourté. Cette situation représente une réalité de l'hygiéniste dentaire qui travaille avec des horaires souvent condensés.

Au terme de ces trois séances, nous leur avons soumis le questionnaire d'appréciation, puis nous les avons rencontrées individuellement pour leur poser les questions figurant au questionnaire de l'entrevue semi-dirigée de notre canevas (annexe N).

## 5. LA DÉMARCHE D'ANALYSE

Pour l'analyse des données qualitatives, nous avons procédé selon une logique inductive délibératoire, qui consiste à utiliser le cadre de référence théorique dans le processus de l'analyse des données qualitatives (Karsenti-Savoie-Zajc, 2011). En effet, nous avons repris les étapes du modèle de pratique en hygiène dentaire à travers duquel se définit la pensée critique, pour construire notre questionnaire d'appréciation. De même, nous avons repris les attitudes et les normes proposées par Kataoka-Yahiro et Saylor (1994) pour connaître la perception des participantes concernant notre stratégie pédagogique, en lien avec le développement de la pensée critique.

Dans la dernière partie de notre questionnaire, relative aux questions 30 à 35, nous nous sommes inspirées des modes d'évaluation de la pensée critique selon Boisvert (1999) pour élaborer nos questions.

Nous avons procédé à une codification des données qualitatives en fonction des réponses obtenues lors de nos entrevues semi-dirigées avec chaque participante. Quant aux données qualitatives relevant de notre questionnaire d'appréciation rempli par les participantes, nous les avons compilées sous forme de tableaux.

## 6. LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La participation à la recherche était sur une base volontaire. Nous avons soumis un consentement à toutes les participantes, les informant qu'elles étaient libres de refuser et qu'elles pouvaient se retirer du projet à n'importe quel moment, sans avoir à justifier leur décision. Le consentement peut être consulté à l'annexe K. Nous avons soumis notre projet de recherche au comité d'éthique de notre collège, qui en a approuvé l'expérimentation.

Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet ont été recueillis. Ces renseignements sont les suivants : les PIHD

complétés par les participantes, les questionnaires et les enregistrements des entrevues semi-dirigées. Afin de protéger la confidentialité et l'anonymat des participantes, elles sont identifiées par une lettre. Les copies des questionnaires sont conservées au domicile de la chercheure, dans un classeur sous clé. Les données sont inscrites dans un fichier informatique, dans un ordinateur protégé par un mot de passe. Seule la chercheure a accès à ces données. Les questionnaires complétés par les participantes et les enregistrements des entrevues seront détruits douze mois après la fin de ce projet de recherche.

## 7. LES MOYENS POUR ASSURER LA RIGUEUR ET LA SCIENTIFICITÉ

Pour assurer la rigueur de notre démarche, les critères énoncés par Guba et Lincoln (1982) et Lincoln et Guba (1985) dans Karsenti-Savoie-Zajc (2011) et Fortin (2010), nous ont servi de jalons.

Le premier critère est celui de la crédibilité qui implique un engagement prolongé de la part du chercheur et le recours à plusieurs méthodes de collecte de données. Notre présence en clinique-école, dans le cadre de notre expérimentation sur une durée d'une dizaine d'heures, ainsi que la triangulation de nos données qualitatives assure que le critère de crédibilité est rencontré.

Le deuxième critère, celui de la transférabilité, signifie que les résultats de l'étude peuvent être adaptés selon les contextes. Les moyens pour assurer la transférabilité consistent à une description riche du milieu et du contexte de l'étude, ainsi que la tenue d'un journal de bord (Karsenti-Savoie-Zajc, 2011). Nous avons assumé la responsabilité de décrire le contexte du déroulement de la recherche ainsi que les caractéristiques de notre échantillon. L'âge des participantes, leur processus académique et leurs liens avec la pensée critique ont été établis.

Le troisième critère, celui de la fiabilité, implique un fil conducteur assurant une cohérence tout au long du processus d'évolution de la recherche. Les moyens suggérés pour assurer la fiabilité sont le journal de bord et la triangulation des

données. La chercheuse a tenu un journal de bord tout au long du processus de recherche. En somme, les données de l'expérimentation sont triangulées entre le journal de bord, le questionnaire d'appréciation et l'entrevue semi-dirigée afin de rencontrer le critère de fiabilité.

Le quatrième critère méthodologique de rigueur est la confirmation (Karsenti-Savoie-Zajc, 2011). Celle-ci relève du processus d'objectivation mis en œuvre par la chercheuse ou le chercheur, pour accorder la crédibilité de ses travaux. À cette fin, nous avons eu recours à une vérification externe de nos instruments de collecte de données, en les soumettant à une conseillère pédagogique et deux enseignantes hygiénistes dentaires d'expérience. Nos données ont été recueillies et analysées rigoureusement en assurant l'anonymat des participantes. Aussi, notre démarche de recherche est clairement décrite. De plus nos outils de collecte de données sont justifiés par notre cadre théorique, notre processus d'analyse est expliqué et nous avons assuré une cohérence entre les deux.

En outre, afin de réduire le facteur de désirabilité sociale, nous avons fait en sorte de ne pas être l'enseignante attitrée pour l'évaluation sommative des stagiaires participantes. Ainsi, tout au long de notre expérimentation, les évaluations étaient strictement formatives. Les participantes savaient que nous n'étions pas l'enseignante clinicienne qui les évaluait lors des séances d'évaluation sommatives. Ainsi, elles étaient libres de donner leur opinion concernant le PIHD sous forme de carte conceptuelle, de façon libre, ce qui éliminait le biais de la désirabilité sociale.

## **QUATRIÈME CHAPITRE**

### **PRÉSENTATION ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS**

Ce quatrième chapitre présente les résultats de l'analyse des données obtenues lors du processus de validation du plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle ainsi que l'interprétation des résultats. Rappelons que nos objectifs consistaient à vérifier l'appréciation de stagiaires sur la stratégie pédagogique représentant le plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle auprès de la clientèle dans les stages cliniques et à identifier leurs perceptions de l'exercice d'une pensée critique à travers celui-ci. Le dernier objectif était d'évaluer la pratique de la pensée critique des stagiaires lors de la réalisation de leur plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle.

Ce chapitre est divisé en deux sections. La première met en lumière les résultats obtenus à partir du questionnaire d'appréciation rempli par les stagiaires participantes. Cette première section contient l'analyse et l'interprétation des résultats de la triangulation des données obtenues par la chercheuse via son journal de bord, ses observations durant les séances d'expérimentation et l'analyse des PIHD complétés durant ces dernières.

La seconde partie du chapitre présente les résultats obtenus lors des entrevues semi-dirigées avec les quatre participantes. Par la suite, nous exposons la discussion générale des résultats, les limites de la recherche, les pistes d'avenir et la conclusion.

#### **1. LE QUESTIONNAIRE D'APPRÉCIATION**

Le questionnaire d'appréciation est présenté sous la forme d'une grille composée de 35 questions relatives aux étapes de l'évaluation, du diagnostic en hygiène dentaire, de la planification et de la mise en œuvre du modèle de pratique. Les

tableaux 10 à 13 sont directement reliés au modèle de pratique en hygiène dentaire qui inclut le processus de pensée critique pour déterminer les interventions et aiguiller le jugement clinique des hygiénistes dentaires. Les tableaux 14 et 15 illustrent les résultats obtenus aux questions 28 et 29 du questionnaire d'appréciation relatives aux attitudes ainsi qu'aux normes reliées à la pensée critique, selon le modèle retenu. Les tableaux 16 et 17 rendent compte de l'appréciation des participantes quant à l'utilisation de leur pensée critique lors de l'utilisation du PIHD sous forme de carte conceptuelle, puis lors de l'utilisation du PIHD conventionnel, utilisé en clinique-école. Le but étant d'établir une comparaison entre les deux.

### 1.1. L'évaluation : résultats de l'appréciation des participantes

Le tableau 9 présente les résultats du questionnaire d'appréciation des stagiaires participantes à propos du PIHD sous forme de carte conceptuelle, à l'étape de l'évaluation de notre modèle de pratique en hygiène dentaire.

Tableau 9  
Les résultats de l'étape « L'évaluation » du questionnaire d'appréciation

L'évaluation	Fortement en désaccord	En désaccord	Ne sait pas	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Recueillir les données complètes sur l'état de santé.					4
2. Faire preuve de jugement professionnel.					4
3. Identifier les risques et contre-indications.				1	3
4. Utiliser les indices de la *SB pour évaluer les risques.					4
5. Reconnaître l'influence des déterminants de la SB.					4
6. Communiquer avec d'autres professionnels si nécessaire.			1	1	2
7. Déterminer l'ouverture du client.					4
8. Évaluer et tenir compte des connaissances du client.					4
9. Évaluer la motivation de la cliente ou du client.					4
10. Évaluer les besoins d'information ou d'habiletés pour atteindre une SB.				1	3
11. Adapter l'enseignement en fonction des capacités de la cliente ou du client.					4

\*SB : Santé buccodentaire.

La première partie du questionnaire d'appréciation concerne l'utilisation des connaissances spécialisées en hygiène dentaire des participantes lors de la première étape du modèle de pratique en hygiène dentaire qui consiste à l'évaluation globale (tableau 10). Rappelons que ce modèle inclut le processus de pensée critique pour déterminer les interventions nécessaires pour accomplir les résultats visés. Toutes les questions de cette première partie du questionnaire commencent ainsi : «Le PIHD sous forme de carte conceptuelle vous a permis d'utiliser vos connaissances spécialisées en hygiène dentaire pour» : 1. Recueillir les données complètes sur l'état de santé; 2. Faire preuve de jugement professionnel (et ainsi de suite).

Les deux premières questions réfèrent à la capacité de recueillir les données complètes sur l'état de santé générale, buccodentaire et psychosociale de la cliente ou du client, ainsi qu'à faire preuve de jugement professionnel en concordance avec l'éthique et la déontologie. Les quatre participantes sont tout à fait d'accord avec ces deux affirmations. Elles considèrent donc que le PIHD sous forme de carte conceptuelle leur a permis d'utiliser leurs connaissances spécialisées en hygiène dentaire pour recueillir les données complètes sur l'état de santé générale, buccodentaire et psychosociale de la cliente ou du client, ainsi qu'à faire preuve de jugement professionnel en concordance avec l'éthique et la déontologie.

La question 3 suggère que le plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle leur a permis d'utiliser leurs connaissances spécialisées en hygiène dentaire pour identifier les risques et les contre-indications en se fondant sur l'interprétation de l'anamnèse et les données cliniques. L'une des participantes était plutôt d'accord avec cet énoncé alors que trois participantes étaient tout à fait d'accord. Les questions 4 et 5 ont fait l'unanimité auprès des participantes. Elles étaient tout à fait d'accord sur le fait que le plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle leur a permis d'utiliser leurs connaissances spécialisées en HD pour utiliser les indices appropriés dans l'identification et la surveillance des personnes à risque élevé de problèmes de santé buccodentaire, puis pour reconnaître l'influence des déterminants de la santé sur l'état buccodentaire.

La question 6, plus partagée, démontre que l'une d'entre elles ne sait pas, une autre est plutôt d'accord et deux participantes sont tout à fait d'accord sur le fait que le plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle leur permettrait d'utiliser leurs connaissances spécialisées en HD pour communiquer avec d'autres professionnels de la santé (pharmacien, médecin traitant, cardiologue, parodontiste, etc.) lorsque cela s'avère nécessaire.

Les quatre participantes ont toutes été tout à fait d'accord avec les affirmations 7 à 9 inclusivement. Ces dernières consistent respectivement à : déterminer auprès de la cliente ou du client les obstacles perçus et son ouverture face à l'apprentissage lors de l'enseignement des mesures préventives, évaluer son niveau de connaissances en matière de santé buccodentaire, en tenant compte de ses croyances attitudes et habiletés puis, évaluer sa motivation pour atteindre et maintenir sa santé buccodentaire, en tenant compte de ses croyances, attitudes et habiletés lors de l'enseignement des mesures préventives. Du reste, une participante était plutôt d'accord avec l'affirmation 10 : évaluer les besoins d'information ou d'acquisition d'habiletés spécifiques de la cliente ou du client pour atteindre et maintenir sa santé buccodentaire. Les trois autres participantes étaient tout à fait d'accord avec cet énoncé. La dernière affirmation stipulait que le plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle leur a permis d'utiliser leurs connaissances spécialisées en HD pour adapter l'enseignement des mesures préventives en fonction des capacités de la cliente ou du client. Cette dernière affirmation a fait l'unanimité chez les quatre participantes qui sont tout à fait d'accord avec cet énoncé.

À la lumière de ces résultats, nous constatons qu'en réalisant leur PIHD sous forme de cartes conceptuelles, les stagiaires participantes ont la perception d'exécuter correctement la majeure partie de la première étape du modèle de pratique en hygiène dentaire qui consiste à l'évaluation globale de la cliente ou du client.

## 1.2. L'évaluation : résultats de la chercheure

Analysons à présent les résultats aux questions 1 à 11 à partir d'une triangulation des données recueillies lors de l'observation, du journal de bord de la chercheure et de l'analyse des PIHD remplis par les participantes lors de l'expérimentation.

En analysant les PIHD complétés par les stagiaires participantes, nous pouvons affirmer que la première étape du processus de la pensée critique qui est l'évaluation a été relativement bien complétée, sauf la partie des indices de l'un des PIHD que nous verrons plus loin.

Concernant les risques liés à l'état de santé de la question 3, trois clientes traitées durant l'expérimentation souffraient d'hypertension artérielle, tel que mentionné dans leur questionnaire médical. Les participantes ont pris leur tension artérielle afin de s'assurer qu'elle était bien contrôlée et qu'elles puissent procéder aux traitements. Nos observations durant l'expérimentation confirment la confiance des participantes dans leur capacité d'identifier les risques et les contre-indications, en se fondant sur l'interprétation de l'anamnèse et les données cliniques. Toutefois, nos observations empiriques nous permettent d'affirmer que la responsabilité de l'enseignante clinicienne ou l'enseignant clinicien est primordiale, car il arrive parfois qu'une ou un stagiaire omette d'identifier les risques et les contre-indications en se fondant sur l'interprétation de l'anamnèse et des données cliniques. L'intervention de l'enseignante clinicienne ou de l'enseignant clinicien est alors indispensable.

Citons d'autres exemples de contre-indications ou de risques liés à l'état de santé que nous pouvons rencontrer. Les personnes qui prennent des anticoagulants ne peuvent être traitées à notre clinique-école à cause du risque d'hémorragie lors du sondage parodontal et du détartrage. De même, les gens qui ont subi une arthroplastie depuis moins de deux ans, doivent prendre une antibiothérapie prophylactique avant les traitements dentaires préventifs pour prévenir une bactériémie (Darby et Walsh, 2010). Aussi, certaines anomalies cardiaques, telles que des valves cardiaques

prothétiques ou des cardiopathies congénitales complexes nécessitent une antibiothérapie prophylactique pour prévenir une endocardite bactérienne (*Ibid.*, 2010). D'autres exemples : lors de l'utilisation du polisseur à jet d'air, l'agent de polissage à base de sodium est contre-indiqué pour les personnes souffrant d'hypertension. Également, il y a des contre-indications d'utilisation de certains appareils de détartrage ultrasoniques chez les personnes disposant d'un stimulateur cardiaque; une interférence électrique pourrait nuire au bon fonctionnement de certains dispositifs cardiaques implantables. De même l'utilisation des appareils à ultrasons est contre-indiquée chez les personnes atteintes d'hépatite, de tuberculose ou de certains problèmes respiratoires, pour éviter une transmission possible via l'émanation d'aérosols qui résulte de l'utilisation de ces appareils. Or, les étudiantes ont appris ces notions durant le cours d'anamnèse. Elles sont en mesure d'identifier les risques et les contre-indications, mais ultimement, l'enseignante clinicienne en assume la responsabilité.

Les indices de santé buccodentaires sont relatifs à la classe de tartre allant de I à IV, l'indice de saignement, le PSR (indice de santé parodontale : de l'anglais *periodontal screening and recording*) et l'indice de plaque. Ils ont été transcrits dans onze PIHD sur les douze réalisés lors de l'expérimentation. Une participante a oublié de les transcrire dans la case des indices, qui est demeurée vide lors d'une séance. Nous pouvons nous référer au dépistage pour consulter les indices indiqués correctement par la stagiaire. Nous présumons qu'il s'agit d'un oubli, étant donné que la cliente était complètement édentée au maxillaire et possédait seulement six dents à la mandibule. Les indices ne concernent alors qu'un sextant (au lieu de six) et se font beaucoup plus rapidement. Elle a toutefois complété l'indice de plaque dans la section Planification en hygiène dentaire. Puisque la partie relative à l'évaluation de la grande majorité des PIHD évalués (11 sur 12) est complétée correctement, nous pouvons confirmer les résultats obtenus aux questions 4 et 5 du questionnaire d'appréciation. Pour la question 6, nous n'avons pas eu à communiquer avec d'autres professionnels de la santé, donc nous ne pouvons confirmer que les stagiaires

l'auraient fait si cela s'était avéré nécessaire. C'est pourquoi, l'une des participantes a répondu «Ne sait pas» et une autre «plutôt d'accord». Le fait que deux participantes aient répondu «Tout à fait d'accord» crée une discordance entre le questionnaire d'appréciation des participantes et le journal de bord de la chercheuse sur cette question. En effet, lorsqu'une communication avec d'autres professionnels de la santé est nécessaire (parodontiste, orthodontiste, chirurgien maxillo-facial, etc.) c'est souvent le dentiste ou l'enseignante clinicienne qui prend la décision et non la stagiaire. Nous supposons que la participante a répondu ceci en perspective du marché du travail.

Nos observations nous ont toutefois permis de constater que les stagiaires participantes ont su déterminer auprès des clientes et clients les obstacles perçus et leur ouverture face à l'apprentissage lors de l'enseignement des mesures préventives (question 7). Par exemple, une cliente n'enlevait pas sa prothèse la nuit parce que cela la gênait et lui causait un inconfort. Or, les prothèses dentaires amovibles devraient être enlevées idéalement la nuit afin d'oxygéner les tissus et de favoriser la circulation sanguine. Après avoir consulté l'enseignante clinicienne (en l'occurrence, la chercheuse), la stagiaire a conseillé à sa cliente de l'enlever durant la journée pour un minimum de 30 minutes, au moment qui lui convenait. Ceci démontre qu'elle a su déterminer l'obstacle qui empêchait la cliente d'enlever sa prothèse la nuit, puis adapter ses conseils, avec l'aide de son enseignante clinicienne.

De même, pour les questions 8 à 11, nos observations et notre journal de bord nous permettent de confirmer que les stagiaires participantes ont su évaluer le niveau de connaissances et d'habileté spécifiques, puis adapter l'enseignement des mesures d'hygiène en fonction des capacités de leur cliente ou client. Toutefois, puisque nous avons quatre stagiaires à observer, nous n'avons pu écouter l'enseignement complet de chacune. Par ailleurs, ce que nous avons pu entendre était conforme aux réponses des participantes au questionnaire d'appréciation. Elles ont d'abord vérifié les techniques de brossage et de soie dentaire de leur cliente ou client, puis elles ont fait

la démonstration d'une méthode appropriée à chacun, à partir des habiletés et des connaissances de ceux-ci.

Citons un exemple pour illustrer nos propos en lien avec les questions 8 à 11 du questionnaire d'appréciation. Une cliente assez âgée utilisait le porte-soie car elle ne parvenait à passer la soie, en raison de l'arthrite qui diminue sa dextérité manuelle. La stagiaire participante, a vérifié que sa technique d'utilisation du porte-soie était adéquate, puis a respecté cette limitation. Toutefois, la cliente en question présentait une parodontite sévère généralisée, avec des indices de plaque et de saignement qui nécessitaient une prise en charge accrue. Sachant que le porte-soie n'enlève pas la plaque aussi efficacement que la méthode de soie complète exécutée avec les doigts, il fallait pallier à la situation. De plus, la cliente est fumeuse et le tabagisme constitue un facteur contribuant à la parodontite. La stagiaire a fixé comme objectif avec cette cliente de diminuer la plaque aux surfaces interproximales des incisives inférieures, là où l'indice de plaque en indiquait le plus. Le porte-soie s'avère un instrument assez efficace pour les incisives mais son accès aux molaires est limité. Or, nos notes du journal de bord nous rappellent que, durant la séance, nous avons questionné la stagiaire et elle a mentionné qu'elle recommanderait à cette cliente des rendez-vous de soins préventifs plus réguliers, c'est-à-dire, à tous les trois mois. De cette manière, nous sommes en mesure d'éliminer le tartre et la plaque à l'aide de nos instruments ultrasoniques et manuels, de lui passer la soie efficacement, puis d'irriguer les poches parodontales avec un agent antibactérien sur une base régulière.

En ce qui concerne le tabagisme, la cliente nous a mentionné avoir diminué sa consommation à six cigarettes par jour, suite aux recommandations antérieures obtenues à notre clinique-école et par son médecin traitant. Elle nous a confié que cette diminution était le mieux qu'elle puisse faire pour l'instant. Nous avons recommandé à la stagiaire de lui remettre un dépliant sur la cessation tabagique et les ressources disponibles, ce qu'elle a fait. Lors de son enseignement, la stagiaire lui avait aussi mentionné que le tabagisme contribuait à favoriser les maladies parodontales dont elle est atteinte. Ainsi, nous pouvons conclure que la stagiaire a

évalué le niveau de connaissances de la cliente, en tenant compte de ses attitudes et habiletés. Avec l'aide de l'enseignante clinicienne, en l'occurrence, la chercheure, elle a aussi évalué la motivation de sa cliente et ses besoins d'information pour atteindre et maintenir une santé buccodentaire optimale. Bref, nous nous sommes assurées que la cliente soit bien informée de ses problèmes et ce qui les cause, des moyens pour éviter qu'ils n'évoluent en fonction de ses capacités.

Les stagiaires participantes ont donc su utiliser leurs connaissances de base pour l'évaluation de leur cliente ou client, mais nous sommes intervenue à l'occasion pour les aider à adapter leur plan d'intervention, tel que le démontre l'exemple précédent. Les résultats obtenus au questionnaire d'appréciation représentent donc les faits dans la mesure où les participantes considéraient que la clinicienne leur prêtait main-forte lorsque nécessaire.

### **1.3. Le diagnostic en hygiène dentaire : résultats de l'appréciation des participantes**

Le tableau 10 présente les résultats du questionnaire d'appréciation des stagiaires participantes, à propos du PIHD sous forme de carte conceptuelle, à l'étape du diagnostic en hygiène dentaire, de notre modèle de pratique.

Tableau 10  
Les résultats de l'étape «Le diagnostic en hygiène dentaire» du questionnaire d'appréciation

Le diagnostic en hygiène dentaire	Fortement en désaccord	En désaccord	Ne sait pas	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
12. Représentation visuelle des affections.				2	2
13. Questionner le client sur sa compréhension.				1	3
14. Communiquer les options de traitements.			1	2	1
15. Répondre aux questions.					4
16. Référer lorsque requis.			1	1	2
17. Diagnostic en HD fondé sur une évaluation.				1	3

Concernant, la deuxième phase du modèle de pratique relative au diagnostic en hygiène dentaire (tableau 10), les réponses sont un peu plus partagées. Les questions 12 et 13 concernent la capacité des stagiaires à fournir une représentation visuelle à la cliente ou au client des affections qui le concernent et à le questionner sur sa compréhension de ses affections buccales et les causes de celles-ci. Les résultats varient entre plutôt d'accord et tout à fait d'accord. Pour la question 14, l'une des participantes ne sait pas si le PIHD sous forme de carte conceptuelle lui a permis d'utiliser ses connaissances spécialisées en hygiène dentaire pour communiquer les résultats prévus des options de traitement. Deux d'entre elles sont plutôt d'accord et une est tout à fait d'accord. Quant à la question 15, les quatre participantes sont d'accord sur le fait que le PIHD sous forme de carte conceptuelle leur a permis d'utiliser leurs connaissances en hygiène dentaire pour répondre aux questions de la cliente ou du client. À la question : Le PIHD sous forme de carte conceptuelle vous a-t-il permis d'utiliser vos connaissances en hygiène dentaire pour recommander la participation d'autres professionnels de la santé ou référer à ces derniers lorsque requis, l'une des participantes ne sait pas, l'une est plutôt d'accord et les deux autres sont tout à fait d'accord. La dernière question de cette partie vise à assurer que le diagnostic en hygiène dentaire soit fondé sur une évaluation appropriée, les réponses sont partagées entre plutôt d'accord (une participante) et tout à fait d'accord (trois participantes).

#### **1.4. Le diagnostic en hygiène dentaire : résultats de la chercheuse.**

En analysant ces résultats nous constatons que les stagiaires participantes considèrent que leur plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle leur a permis d'utiliser leurs connaissances spécialisées en hygiène dentaire au cours de la deuxième étape du modèle de pratique consistant au diagnostic en hygiène dentaire. Toutefois, elles sont un peu moins convaincues que ce fut le cas sur quelques points de cette étape, particulièrement : communiquer les résultats prévus des options de traitements et fournir à la cliente ou au client une représentation visuelle des

affections qui le concernent. En effet, le gabarit de PIHD que nous avons conçu sous forme de carte conceptuelle contient une section intitulée diagnostic en hygiène dentaire. Dans cette section, les stagiaires doivent cocher les besoins fondamentaux en hygiène dentaire qui ne sont pas comblés chez l'individu traité. Nos interventions, dans le but de répondre aux besoins de la clientèle, passent par des explications soutenues et une représentation visuelle des affections qui concernent la cliente ou le client traité. Il faut établir le lien entre les causes et les facteurs contribuant à ces affections et le questionner sur sa compréhension.

Le fait de cocher les besoins non comblés de la cliente ou du client traité, permet aux stagiaires de diriger leur enseignement et de planifier leurs interventions dans le but de répondre aux besoins fondamentaux en hygiène dentaire de la personne traitée. Nos observations notées au journal de bord confirment que les participantes ont effectivement fourni une représentation visuelle des affections qui concernaient les clientes et clients qu'elles ont traités durant l'expérimentation. Chaque stagiaire possède un outil didactique intitulé Cahier de prévention dans lequel la majorité des affections buccodentaires sont vulgarisées et expliquées à l'aide d'illustrations. Un extrait du cahier de prévention est placé en annexe M. Il y a d'autres formes de matériels didactiques disponibles en clinique (ex. le cahier didactique de l'OHDQ), mais le cahier de prévention est celui qui est le plus couramment utilisé par les stagiaires. À la fin de leurs explications sur les problèmes lors de leur enseignement, nous avons observé à quelques reprises les participantes demander à leur cliente ou client s'ils avaient des questions. Cette observation nous permet d'affirmer qu'elles ont questionné leurs clientes ou clients sur leur compréhension de leurs affections et sur les causes de celles-ci. Ceci correspond aussi à la question 15 qui consiste à répondre aux questions de la cliente ou du client pour assurer sa compréhension de l'affection en cause.

La question 14 relevant de la compétence de communiquer les résultats prévus des options de traitements n'a pas toujours été atteinte par les participantes, lors de nos observations. Le cas 1 (voir une partie de son dossier en annexe O) est un

exemple : le dentiste a diagnostiqué une carie chez la cliente. La stagiaire participante avait oublié d'ajouter carie dans la case Problèmes de la carte conceptuelle (nous avons procédé aux corrections avec elle lors de la rétroaction à la fin de la séance). Par conséquent, elle n'avait pas coché Dentition signifiant que le besoin relatif à une dentition saine était non comblé de ce cas-ci. Elle n'avait finalement rien inscrit dans la case Possibilités de traitement, à la fin du PIHD (nous l'avons ajouté lors de notre correction). C'est pourtant en remplissant cette partie qu'elle aurait dû communiquer les options de traitements et les résultats prévus à sa cliente. Ceci constitue un oubli fréquent. Le PIHD sous forme de carte conceptuelle n'a pas permis à cette participante d'utiliser sa pensée critique suffisamment pour pallier à cette difficulté. Cela explique les réponses plus mitigées des participantes à la question 14, dont trois sont conscientes des difficultés qui y sont reliées. Nous reviendrons sur cette difficulté dans la présentation et l'analyse des résultats obtenus lors des entrevues semi-dirigées.

Concernant la question 15, comme nous l'avons mentionné plus haut, à la fin de leurs explications sur les problèmes lors de leur enseignement, les participantes demandaient à leurs clientes ou clients s'ils avaient des questions. Nous pouvons donc considérer qu'elles ont su répondre aux questions des clientes et clients pour assurer leur compréhension des affections qu'ils présentaient.

Pour la question 16 qui consiste à référer à d'autres professionnels de la santé lorsque requis, cette responsabilité relève du dentiste de notre clinique-école. Cela explique pourquoi deux participantes sur quatre n'étaient pas tout à fait d'accord avec cet énoncé. Comme nous l'avons mentionné dans notre problématique, la législation québécoise ne laisse actuellement pas une grande autonomie de pratique aux hygiénistes dentaires actuellement, contrairement aux autres provinces canadiennes et ailleurs dans le monde. Or, la modernisation de la réglementation pourrait modifier cet aspect, éventuellement. Il est toutefois intéressant de constater que trois participantes se considèrent capables de référer à d'autres professionnels de la santé lorsque requis. L'une n'en est pas certaine, ce qui démontre qu'il y aurait place à

travailler cet aspect si la législation octroyait l'autonomie de pratique aux hygiénistes dentaires.

Nos observations confirment les réponses obtenues à la question 17. La majorité des stagiaires participantes ont fondé leur diagnostic en hygiène dentaire sur une évaluation complète. De plus, l'analyse des PIHD réalisés lors de l'expérimentation démontre qu'elles ont tenu compte du questionnaire médical, des données cliniques et radiologiques de la cliente ou du client ainsi que des habiletés et des habitudes de ce dernier, la plupart du temps. Il va sans dire que dans un contexte d'apprentissage, les interventions de l'enseignante clinicienne sont parfois requises quoique moins fréquentes en stage 3 puisque c'est le dernier stage avant le marché du travail. Notre expérimentation s'étant déroulée en stage 3, le diagnostic en HD était effectivement fondé sur une évaluation relativement complète.

### 1.5. La planification : résultats de l'appréciation des participantes

Le tableau 11 présente les résultats du questionnaire d'appréciation des stagiaires participantes, à propos du PIHD sous forme de carte conceptuelle, à l'étape de la planification du modèle de pratique en hygiène dentaire.

Tableau 11  
Les résultats de l'étape «La planification» du questionnaire d'appréciation

La planification	Fortement en désaccord	En désaccord	Ne sait pas	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
18. Détermination des besoins prioritaires.					4
19. Approche centrée sur le client.					4
20. Tenir compte des meilleures ressources disponibles.					4
21. Services adaptés aux besoins particuliers des individus, des familles, des organisations et des communautés en se basant sur les meilleures pratiques.			1	1	2
22. Fixer objectifs réalistes et mesurables.					4
23. S'assurer que le client comprenne l'engagement requis de sa part.				1	3

Pour les questions 18 à 20 toutes les participantes ont été unanimes et tout à fait d'accord. Par conséquent, le PIHD sous forme de carte conceptuelle leur a permis d'utiliser leurs connaissances spécialisées en HD pour déterminer les besoins prioritaires de la cliente ou du client. Il leur a aussi permis d'exécuter des plans de soins fondés sur des données cliniques dans une approche centrée sur ce dernier, en tenant compte des meilleures ressources disponibles. La question 21 est plus partagée et se lit comme suit : le PIHD sous forme de carte conceptuelle vous a permis d'utiliser vos connaissances spécialisées en HD pour mettre en œuvre des services adaptés aux besoins particuliers des individus, des familles, des organisations et des communautés en se basant sur les meilleures pratiques. L'une des participantes ne sait pas, l'une est plutôt d'accord et deux sont tout à fait d'accord. Quant à la question 22 impliquant la capacité de fixer des objectifs réalistes et mesurables, les quatre participantes sont tout à fait d'accord avec cette affirmation. La question 23 visant à s'assurer que la cliente ou le client comprenne l'engagement personnel requis pour attendre les meilleurs résultats, une participante était plutôt d'accord, et les trois autres, tout à fait d'accord.

#### **1.6. La planification : résultats de la chercheure.**

Par l'analyse des résultats à partir de nos observations et de notre journal de bord, relatons que la majorité des stagiaires participantes considèrent que le PIHD sous forme de carte conceptuelle leur a permis de planifier correctement le plan de soins, en fonction des besoins prioritaires de la cliente ou du client, en se fondant sur les données cliniques et en tenant compte des meilleures ressources disponibles, le tout dans une approche centrée sur la cliente ou le client (questions 18 et 19). Notre journal de bord en triangulation avec l'analyse des PIHD réalisés durant l'expérimentation confirment aussi qu'elles ont su aider la cliente ou le client à se fixer des objectifs réalistes et mesurables afin d'optimiser son état de santé buccodentaire et s'assurer qu'il comprenne l'engagement personnel requis pour atteindre les meilleurs résultats.

La question 21 a trait à la capacité des stagiaires d'offrir des services adaptés aux besoins particuliers des individus, des familles, des organisations et des communautés. Un exemple de besoin particulier serait un client ayant une déficience intellectuelle ou physique dont la dextérité manuelle est limitée. Nous pourrions alors lui recommander (ou à son tuteur, selon son degré d'autonomie) une brosse à dents électrique ou avec un manche adapté et des rendez-vous de rappel plus fréquents. Or, les clients que nous avons traités durant l'expérimentation n'avaient pas de besoins particuliers relatifs à un handicap, une déficience, des contraintes religieuses ou autres, ce qui explique probablement qu'une participante a répondu «Ne sait pas». Nous supposons qu'elle exprimait le fait que cette situation ne s'appliquait pas concrètement. Trois participantes affirment que le PIHD sous forme de carte conceptuelle leur permet d'être en mesure d'offrir des services adaptés aux besoins particuliers des individus et des familles.

Quant à la question 22, l'analyse des PIHD réalisés dans le cadre de l'expérimentation nous a permis de constater que le plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle a aidé les participantes à amener la cliente ou le client à se fixer des objectifs réalistes et mesurables afin d'optimiser son état de santé buccodentaire. Les objectifs transcrits dans les PIHD sont précis et adaptés aux besoins et aux capacités des clientes et clients traités lors de l'expérimentation. Citons l'exemple du cas 2, en annexe P. La stagiaire participante a inscrit les objectifs suivants, fixés avec sa cliente :

Objectif 1 : Diminuer l'indice de plaque aux incisives inférieures.

Les moyens notés par la participante pour permettre à sa cliente de réaliser le premier objectif sont :

- 1) Faire un «C» avec la soie dentaire.
- 2) Faire trois à cinq répétitions du mouvement enseigné avec la brosse à dents.

L'atteinte de l'objectif pourra être observée lors du prochain rendez-vous en comparant l'indice de plaque obtenu alors, avec celui du premier rendez-vous.

#### Objectif 2 : Stabiliser les récessions gingivales

Le moyen noté par la participante pour permettre à sa cliente de réaliser ce second objectif est d'avoir une prise plus légère avec sa brosse à dents. Le résultat pourra être observé lors du prochain dépistage, durant lequel, la stagiaire mesurera à nouveau les récessions gingivales, en comparaison avec les mesures obtenues au rendez-vous actuel. Les deux objectifs sont donc mesurables et observables, puis permettent d'optimiser la santé buccodentaire de la cliente. Ce qui confirme les résultats obtenus pour la question 22.

La question 23 consiste à s'assurer que le client comprenne l'engagement requis de sa part pour atteindre les meilleurs résultats. Les observations et le journal de la chercheuse confirment l'accord des participantes avec cette question. En effet, leurs explications avaient une vocation de conscientisation, de même que les objectifs qu'elles ont fixés avec leurs clientes et clients, tel qu'illustré dans l'exemple précédent. Cette compétence continuera néanmoins de se développer avec l'expérience.

### **1.7. La mise en œuvre : résultats de l'appréciation des participantes**

Le tableau 12 illustre les résultats obtenus aux questions 24 à 27 du questionnaire d'appréciation relatives à l'étape de la «mise en œuvre», du modèle de pratique en HD.

Tableau 12  
Les résultats de l'étape «La mise en œuvre» du questionnaire d'appréciation

La mise en œuvre	Fortement en désaccord	En désaccord	Ne sait pas	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
24. Appliquer les théories pour amorcer un changement.					4
25. Renforcer les capacités du client à améliorer sa santé.					4
26. Inclure les clients, leur famille et les aides-soignantes dans le processus d'éducation, lorsque requis.			1	1	2
27. Conseiller et aider le client à développer des habiletés en santé BD.					4

Les participantes ont été unanimement tout à fait d'accord avec les questions 24, 25 et 27. C'est donc dire que le PIHD sous forme de carte conceptuelle leur a permis d'utiliser leurs connaissances spécialisées en HD pour : appliquer les théories, amorcer un changement, conseiller, aider et renforcer les capacités de la cliente ou du client à améliorer sa santé en lui allouant du temps pour pratiquer une nouvelle compétence avec leur aide. Quant à la question 26 concernant la capacité d'inclure les clients, leurs familles et les aides-soignantes dans le processus d'éducation lorsque requis, l'une ne savait pas, l'une était plutôt d'accord et les deux autres, tout à fait d'accord. Mentionnons qu'aucun client traité durant l'expérimentation n'avait une autonomie réduite nécessitant un accompagnateur ou un aide-soignant. De plus, aucune des clientes traitées n'était enceinte. Aussi, nous n'avons pas une relation suffisamment proche avec les clientes et clients pour savoirs s'ils avaient des enfants, et ainsi les inclure dans le processus d'éducation. Nous pouvons donc considérer que les situations cliniques présentées lors de l'expérimentation ne s'y prêtaient pas. Cela peut expliquer les réponses mitigées à la question 26.

### **1.8. La mise en œuvre : résultats de la chercheure.**

L'analyse des résultats du tableau 13 faite à partir des observations recueillies dans le journal de bord de la chercheure et des PIHD réalisés lors de l'expérimentation, permet de constater que le plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle a donné aux stagiaires participantes l'occasion de mettre en œuvre leur plan de soins de façon efficace. De fait, elles considèrent avoir appliqué les théories pour amorcer un changement, donné des conseils et aidé les clientes et clients à améliorer leur santé en leur allouant du temps pour pratiquer de nouvelles compétences avec leur aide. Les stagiaires appliquent effectivement la théorie qui leur a été enseignée, soit l'échelle d'apprentissage (Wilkins, 1991) qui consiste à un processus d'apprentissage comportant une série de six étapes allant de : a) l'absence de sensibilisation, b) la prise de conscience, c) l'intérêt personnel, d) l'engagement e) l'approfondissement f) l'acquisition de nouvelles habitudes. Une autre théorie pour amorcer un changement qui leur est enseignée consiste à montrer à la cliente ou au client ses problèmes buccodentaires à l'aide de miroirs, caméra intrabuccale, modèle d'étude, radiogrammes, etc., puis les causes de ces problèmes, par exemple, la plaque dentaire, que nous pouvons leur montrer au microscope afin de susciter une prise de conscience quant à la virulence et au type de bactéries en cause. La théorie consiste ensuite à expliquer les problèmes et leurs conséquences, puis établir le lien entre lesdits problèmes et ce qui les cause pour qu'en résulte une motivation de la part de l'individu à adopter des habitudes d'hygiène buccale appropriées pour y remédier. Nos observations confirment que les stagiaires appliquent généralement ces théories qui leur sont enseignées durant le cours intitulé «Enseignement des mesures préventives en santé dentaire», offert au 3<sup>e</sup> trimestre du programme.

Cependant, l'expérience leur permettra de découvrir et d'appliquer d'autres théories pour amorcer un changement, l'expérience étant une autre constituante de la pensée critique (voir la composante II du modèle de Kataoka-Yahiro et Saylor au tableau 5). L'entrevue motivationnelle, entre autres est une théorie utilisée par les hygiénistes dentaires pour amorcer un changement. Mais celle-ci nécessite une

certaine expérience professionnelle pour être bien assimilée et pratiquée correctement. Les étudiantes auront l'occasion d'approfondir les théories pour amorcer un changement lors de leurs formations continues obligatoires exigées par l'OHDQ. La politique de formation continue obligatoire est une constituante des normes professionnelles, faisant partie de la composante V de la pensée critique du modèle de Kataoka-Yahiro et Saylor (1994), illustré au tableau 5.

### **1.9. Les attitudes reliées à la pensée critique : résultats recueillis auprès des participantes**

Notre deuxième objectif de recherche consiste à identifier les perceptions des stagiaires participantes face à l'exercice de leur pensée critique par la réalisation et l'interprétation du PIHD sous forme de carte conceptuelle. Notre modèle de pensée critique présente les onze attitudes reliées à la pensée critique selon Kataoka-Yahiro et Saylor (1994). Le tableau 13 compile les résultats obtenus en lien avec ces onze attitudes.

Tableau 13  
Les résultats des données de la question 28 concernant les 11 attitudes<sup>3</sup> reliées à la pensée critique du questionnaire d'appréciation

Attitudes reliées à la pensée critique	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Ne sait pas	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Confiance				1	3
2. Autonomie					4
3. Impartialité				1	3
4. Responsabilité					4
5. Initiative				1	3
6. Discipline				1	3
7. Persévérance					4
8. Créativité			1	1	2
9. Curiosité					4
10. Intégrité				1	3
11. Prudence				2	2

<sup>3</sup> Pour consulter la définition de certaines attitudes, voir l'annexe L.

Lorsque nous leur avons demandé si elles croyaient avoir développé ces attitudes de la pensée critique en réalisant le PIHD sous forme de carte conceptuelle, toutes les participantes ont été plutôt d'accord ou tout à fait d'accord pour la quasi-totalité des attitudes énumérées, excepté la créativité. L'une des participantes ne sait pas si elle a développé cette attitude lors de sa séance avec le PIHD sous forme de carte conceptuelle. Une seconde participante est plutôt d'accord et les deux autres sont tout à fait d'accord pour affirmer qu'elles ont développé leur créativité durant les séances avec le PIHD sous forme de carte conceptuelle. Bref, la majorité des participantes sont tout à fait d'accord pour dire que la réalisation de leur plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle leur a permis de développer les onze attitudes de la pensée critique proposées par Kataoka-Yahiro et Saylor (1994).

#### **1.10. Les attitudes reliées à la pensée critique : les résultats de la chercheure**

Nous estimons que le plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle est complet et structuré, ce qui permet aux stagiaires d'être confiantes, autonomes, responsables et prudentes. Toutefois, puisqu'elles sont en apprentissage, et comme nous l'avons vu avec les exemples précédents, nous ne pouvons affirmer qu'elles sont réellement autonomes et responsables. C'est l'enseignante clinicienne qui assure la responsabilité de la séance par son expertise et son statut professionnel. Il y a donc une discordance entre les résultats obtenus par le questionnaire et le journal de bord de la chercheure. La raison pour laquelle les quatre participantes ont répondu «Tout à fait d'accord» avec les attitudes d'autonomie et de responsabilité pourrait s'expliquer par leur vision du marché du travail vers lequel elles se dirigeront prochainement, puisqu'elles sont au 6<sup>e</sup> et dernier trimestre de leur formation. Ces résultats sont toutefois rassurants dans l'optique de la modernisation de la pratique qui octroierait une plus grande voire une pleine autonomie professionnelle pour les hygiénistes dentaires du Québec. Cela démontre que les finissantes affirment en toute confiance

être autonomes et responsables dans leur pratique, en l'occurrence, en réalisant le PIHD sous forme de carte conceptuelle.

De même, l'impartialité est importante dans notre pratique, puisque les valeurs de chaque cliente ou client divergent souvent de celles de la stagiaire qui doit faire preuve d'objectivité et de respect des priorités de sa clientèle. Nos observations confirment, en effet, que le PIHD sous forme de carte conceptuelle est constitué de manière à susciter l'impartialité. Les attitudes d'initiative, de discipline et de persévérance ont aussi été observées auprès des participantes, lors de l'expérimentation. Par exemple, sur les douze PIHD évalués, les participantes ont fixé deux objectifs avec leur cliente ou client à six reprises, alors qu'elles n'en fixent généralement qu'un avec le PIHD conventionnel. Nous pouvons considérer qu'elles ont fait preuve d'initiative en établissant deux objectifs, pour la moitié des séances, compte tenu qu'un seul objectif est aussi valable, (voire plus adapté) lorsque des limitations s'imposent au niveau des capacités, de l'ouverture, de la motivation, etc. de la cliente ou du client. Nous avons observé un PIHD dont l'un des objectifs était de faire réparer les restaurations défectueuses et la carie. Cela démontre les attitudes de responsabilité et de prudence de la stagiaire participante qui s'assure avec la cliente, en inscrivant cet objectif dans son plan d'intervention, que cette dernière prendra son rendez-vous avec le dentiste.

Pour ce qui est de la discipline et de la persévérance, les participantes nous ont mentionné qu'elles étaient beaucoup plus motivées à remplir le PIHD sous forme de carte conceptuelle, vu son aspect ludique et structuré (nous le verrons plus loin dans l'analyse des résultats des entrevues semi-dirigées). Notre journal de bord confirme une motivation des participantes qui s'est manifestée sous forme de discipline et de persévérance. Il faut mentionner que le contexte de notre projet peut avoir influencé ces deux attitudes, dans la mesure où les participantes savaient que leurs attitudes étaient scrutées à la loupe, ce qui peut avoir favorisé leur discipline et leur persévérance. De plus, des biais sont possibles du fait que la chercheuse était aussi la clinicienne des participantes. Quant à la curiosité, nous l'avons notée au journal de

bord durant l'observation de l'enseignement des mesures préventives des participantes auprès de leurs clientes et clients. Trois d'entre elles ont particulièrement fait preuve de curiosité professionnelle en approfondissant les réponses au questionnaire de santé des clientes et clients concernant leurs habitudes alimentaires, tabagiques, etc. Les objectifs de soins dentaires étaient ainsi mieux adaptés aux habitudes et aux besoins de la personne.

L'intégrité est une attitude essentielle de l'hygiéniste dentaire que nous avons tendance à prendre pour acquis et que nous n'avons pas observé particulièrement durant notre expérimentation. L'attitude de la créativité pourrait s'appliquer davantage durant les séances avec des clientèles ayant des besoins particuliers ou des enfants, dans une perspective d'éducation et de motivation à l'hygiène buccodentaire. Les stagiaires font preuve de créativité dans le cadre des stages en santé dentaire publique. Elles créent du matériel didactique, entre autres, pour l'éducation des enfants. Nous pensons que c'est la raison pour laquelle trois participantes étaient plutôt d'accord ou tout à fait d'accord et que l'une ne savait pas si le PIHD sous forme de carte conceptuelle lui avait permis de développer sa créativité. Ceci dit, nous n'avons pas eu l'occasion d'observer cette attitude en clinique, lors de l'expérimentation.

### **1.11. Les normes intellectuelles reliées à la pensée critique : résultats recueillis auprès des participantes**

Poursuivons notre cueillette des données nous permettant d'identifier les perceptions des stagiaires face à l'exercice de leur pensée critique à partir des PIHD sous forme de carte conceptuelle en lien avec les normes intellectuelles de notre modèle théorique. Le tableau 14 dresse les résultats obtenus par rapport aux 14 normes intellectuelles reliées à la pensée critique.

Tableau 14  
 Les résultats des données de la question 29 concernant les 14 normes intellectuelles<sup>4</sup> reliées à la pensée critique du questionnaire d'appréciation

Normes reliées à la pensée critique	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Ne sait pas	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Clarté					4
2. Précision					4
3. Spécificité					4
4. Exactitude					4
5. Pertinence					4
6. Plausibilité				1	3
7. Cohérence					4
8. Logique					4
9. Profondeur					4
10. Diversité					4
11. Exhaustivité				2	2
12. Adéquation					4
13. Souplesse			1		3
14. Impartialité				1	3

La grande majorité des quatre participantes sont plutôt d'accord ou tout à fait d'accord pour affirmer qu'elles ont mis à profit ces normes en réalisant leur plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle. Dans ce cas-ci, c'est la souplesse qui a causé des incertitudes; une participante ayant répondu qu'elle ne sait pas si elle a mis à profit cette norme durant les séances de l'expérimentation. Toutefois, les trois autres sont tout à fait d'accord sur le fait qu'elles ont mis cette norme à profit durant leurs séances avec le plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle. Bref, la majorité des participantes sont tout à fait d'accord sur le fait qu'elles ont mis à profit la plupart des quatorze normes reliées à la pensée critique en réalisant leur plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle.

<sup>4</sup> Pour consulter la définition de certaines normes, voir l'annexe L.

### **1.12. Les normes intellectuelles reliées à la pensée critique : résultats de la chercheure.**

Concernant les cinq premières normes reliées à la pensée critique, nous verrons plus loin, que nos entrevues semi-dirigées confirment indéniablement ces résultats. Le tableau 15 démontre que les quatre participantes sont tout à fait d'accord pour dire que l'exécution du PIHD sous forme de carte conceptuelle implique les normes suivantes : clarté, précision, spécificité, exactitude et pertinence. Analysons pour l'instant les données obtenues à partir des observations, du journal de bord de la chercheure et l'analyse des PIHD sous forme de cartes conceptuelles complétées par les participantes. Force est de constater une grande précision, une certaine spécificité et exactitude dans les objectifs fixés avec les clients. Par exemple, deux participantes ont convenu avec leur cliente, de diminuer la quantité de biofilm : la première a spécifié «au buccal des antérieures inférieures», la seconde a fixé l'objectif suivant «diminuer la plaque aux surfaces interproximales des incisives inférieures». Lors de nos observations empiriques avec le PIHD conventionnel, les objectifs concernant l'indice de plaque sont souvent plus vagues, nous observons souvent ceci : «diminuer l'indice de plaque».

En somme, nos observations, en plus des données relevant du questionnaire nous permettent d'affirmer que le PIHD sous forme de carte conceptuelle déploie les normes reliées à la pensée critique proposées par Kataoka-Yahiro et Saylor (1994) : précision, spécificité, exactitude et pertinence. L'exactitude se manifeste surtout dans l'ensemble du PIHD sous forme de carte conceptuelle, du fait que chaque partie du plan d'intervention soit reliée à des concepts précis et identifiés, eux-aussi, reliés entre eux, ce qui assure l'exactitude du plan d'intervention. Quant à la pertinence, elle est assurée par les mots inscrits dans chaque flèche reliant les problèmes de la cliente ou du client à leurs causes, leurs facteurs contributifs, etc. La plausibilité, la cohérence, la logique, la profondeur et la diversité ont aussi fait l'unanimité auprès des participantes. Nos observations confirment ces données concernant la plausibilité et la cohérence car les PIHD sous forme de cartes conceptuelles des participantes

constituent des documents de référence importants. Les stagiaires s'y référeront lors des prochaines séances avec leurs clientes et clients lors des étapes de l'évaluation, de diagnostic en hygiène dentaire et de mise en œuvre du PIHD. Concernant la profondeur, puisque le contenu du PIHD sous forme de carte conceptuelle est le même que celui utilisé en clinique (conventionnel), nous pourrions estimer, de prime abord, que cette norme de la pensée critique serait la même entre les deux formes de PIHD. Les deux formes de PIHD permettent, en effet, d'approfondir les données pour établir le plan d'intervention. Quant à la diversité, nos observations et l'évaluation des PIHD réalisés lors de l'expérimentation nous permettent d'observer une certaine diversité, principalement à travers les objectifs fixés. Les objectifs constituent une difficulté en clinique et les hygiénistes cliniciennes mentionnent l'aspect répétitif des objectifs fixés par les stagiaires dans leurs plans d'intervention conventionnels. Or, nous avons observé une plus grande diversité dans les objectifs fixés lors de notre expérimentation, du fait que le PIHD sous forme de carte conceptuelle permette aux stagiaires de mieux adapter leur plan d'intervention à la cliente ou au client. Toutefois, cette diversité par rapport aux objectifs pourrait aussi être due au fait que les participantes étaient conscientes que leur PIHD faisait l'objet d'une recherche, cela peut avoir influencé leur assiduité à trouver des objectifs différents de ceux qu'elles inscrivent habituellement.

En ce qui a trait à l'exhaustivité, l'adéquation, la souplesse et l'impartialité, nous estimons qu'autant le PIHD conventionnel que celui sous forme de carte conceptuelle intègre ces normes, puisque leur contenu est le même. À la lumière des résultats, nous estimons que notre plan d'intervention est exhaustif puisqu'il permet d'inscrire toutes les données relatives à la cliente ou au client traité. Il s'adapte à tout type d'individus et permet d'inscrire les données relatives à la cliente ou au client traité de façon objective. Ce qui confirme qu'il rencontre les normes reliées à la pensée critique soient : l'exhaustivité, l'adéquation, la souplesse et l'impartialité. La clarté et la logique seront traitées plus loin, dans l'interprétation des résultats des entrevues semi-dirigées.

### 1.13. La comparaison entre le PIHD conventionnel et celui sous forme de carte conceptuelle

#### 1.13.1. L'exercice de la pensée critique lors de la réalisation du PIHD sous forme de carte conceptuelle : résultats recueillis auprès des participantes.

Le tableau 15 démontre les résultats obtenus aux questions 30 à 32 du questionnaire d'appréciation inspiré des modes d'évaluation de la pensée critique selon Boisvert (1999).

Tableau 15  
Les résultats des données quantitatives des questions 30 à 32 du questionnaire d'appréciation

Lorsque vous faites le PIHD sous forme de carte conceptuelle : à combien évaluez-vous vos aptitudes de pensée critique pour :	Faible	Plutôt faible	Moyen	Plutôt élevé	Très élevé
30. Faire des liens entre la santé générale, les problèmes buccodentaires et leurs causes/facteurs contribuant du client?				1	3
31. Donner au client des conseils adaptés à sa santé générale, ses problèmes buccodentaires et leurs causes/facteurs contribuant?					4
32. Donner des conseils adaptés au client en fonction de ses habitudes d'hygiène, son alimentation et autres habitudes de consommation?					4

Nous avons demandé aux participantes d'évaluer leur niveau d'aptitudes de pensée critique lors de la réalisation de leur plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle pour établir des liens entre la santé générale, les problèmes buccodentaires, leurs causes et les facteurs qui y contribuent. Nous voulions aussi savoir à combien elles évaluaient leur capacité à utiliser leur pensée critique lorsqu'elles fournissaient des conseils spécifiques aux clientes et clients sur les habitudes alimentaires et l'hygiène buccale. Elles ont toutes répondu «très élevé» à toutes les questions sauf une, la question 30. Une participante a inscrit plutôt élevé à cette question. Nous constatons que les quatre participantes considèrent que leurs

aptitudes de pensée critiques étaient élevées, voire très élevées, lors de l'expérimentation du plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle, d'après les réponses fournies aux questions 30 à 32.

Ces résultats confirment que notre stratégie pédagogique a été bénéfique pour les participantes dans leur capacité à établir des liens, de donner des conseils adaptés à chacun pour favoriser la prise en charge de sa santé buccodentaire.

*1.13.2. L'exercice de la pensée critique lors de la réalisation du PIHD conventionnel : résultats recueillis auprès des participantes.*

Tableau 16

Les résultats des données quantitatives des questions 33 à 35 du questionnaire d'appréciation

Lorsque vous utilisez le PIHD conventionnel, à combien évaluez-vous votre capacité à:	Faible	Plutôt faible	Moyen	Plutôt élevé	Très élevé
33. Faire des liens entre la santé générale, les problèmes buccodentaires et leurs causes/facteurs contribuant du client?			3	1	
34. Donner au client des conseils adaptés à sa santé générale, ses problèmes buccodentaires et leurs causes/facteurs contribuant?			2	2	
35. Donner des conseils adaptés au client en fonction de ses habitudes d'hygiène, son alimentation et autres habitudes de consommation?		1	2	1	

Le tableau 16 démontre les résultats obtenus aux questions 33 à 35 du questionnaire d'appréciation, inspiré des modes d'évaluation de la pensée critique selon Boisvert (1999). Ces questions sont les mêmes que les questions 30 à 32 (tableau 16), sauf que nous leur demandons d'évaluer le niveau de pensée critique estimée lors de la réalisation du plan d'intervention conventionnel, celui utilisé habituellement en stages. Le niveau de pensée critique estimé se situe entre plutôt faible, moyen et plutôt élevé. Aucune participante n'a répondu très élevé à ces questions. Un total de quatre réponses mentionnant plutôt élevé, sept mentionnant un niveau moyen et une estimant le niveau de pensée critique comme étant plutôt faible, lors de l'utilisation du plan d'intervention conventionnel.

Ces résultats confirment la perception des participantes de l'efficacité supérieure du plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle pour favoriser la pensée critique, dans l'établissement de liens entre les données cliniques de la cliente ou du client traité, et dans les conseils appropriés qui lui sont donnés, en fonction de ses habitudes d'hygiène buccale, alimentaires et autres habitudes de consommation. Notre stratégie pédagogique s'avère donc efficace, du point de vue des participantes, pour favoriser la pensée critique.

## 2. L'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

L'entrevue semi-dirigée avait pour motifs de vérifier l'appréciation des stagiaires concernant la stratégie pédagogique du PIHD sous forme de carte conceptuelle et ce faisant, d'identifier leur perception de l'exercice de la pensée critique. Ceci correspond aux deux premiers objectifs de cet essai.

Le canevas d'entrevue (annexe N) est composé de 20 questions ouvertes dont le but est de connaître l'appréciation des stagiaires participantes du PIHD sous forme de carte conceptuelle, toujours en lien avec l'exercice de la pensée critique. Les questions d'entrevue en lien avec l'appréciation sont les questions 1, 2, 6, 7 et 8. Les questions directement reliées à l'exercice de la pensée critique sont les questions 3, 4 et 5. Les questions 7 à 18 consistent à établir une comparaison entre le PIHD sous forme de carte conceptuelle et le PIHD conventionnel. Enfin, les questions 19 et 20 cherchent à savoir si les participantes souhaiteraient partager d'autres informations, et si elles pensent que le PIHD sous forme de carte conceptuelle pourrait être utilisé dès le premier stage clinique.

Dans un premier temps, les entrevues semi-dirigées avec chacune des quatre participantes ont été enregistrées. Ensuite, nous avons transcrits les verbatims de chaque participante dans un fichier sécurisé. Après une première analyse, nous avons établi les thèmes ressortis, puis à l'aide du logiciel Word, nous avons retranscrit les verbatims, en fonction de ces thèmes dans un tableau (annexe Q). Nous avons aussi

identifié les attitudes et les normes qui ressortaient des propos des participantes. Les thèmes regroupant les réponses des participantes en lien avec la pensée critique sont : la clarté et la complétude du PIHD, l'adaptation à la situation clinique, la comparaison du PIHD sous forme de carte conceptuelle avec le PIHD conventionnel, la synthèse et l'accessibilité aux informations ainsi que la pensée critique orientée vers la prise de décision.

### **2.1. Les attitudes reliées à la pensée critique**

Les attitudes reliées à la pensée critique qui sont ressorties à travers les propos des participantes via les entrevues semi-dirigées sont : la confiance, l'autonomie, la responsabilité, l'initiative, la discipline, la persévérance, et la prudence. Voici les propos d'une participante concernant le PIHD conventionnel :

Même les objectifs, c'est pas clair comme avec la carte conceptuelle. On dirait que c'est plus une tâche le remplir, au lieu d'être d'aider le client [...] on voit ça plus comme un autre document à remplir. Tandis que la carte conceptuelle, je la voyais pas comme ça. Linéaire c'est pas comme le style graphique, c'est pas dynamique, c'est plus plate (participante B).

Son allusion à la clarté affirme une certaine confiance à utiliser le PIHD sous forme de carte conceptuelle. Le but d'aider le client renvoie à la responsabilité et l'initiative. La motivation des participantes favorise la persévérance et la discipline, deux attitudes reliées à la pensée critique : «C'est plus motivant, bien en tout cas, moi j'étais plus motivée de la faire, j'aimais ça le remplir» (participante B).

### **2.2. Les normes intellectuelles reliées à la pensée critique : clarté, logique et profondeur.**

La clarté, la logique et la profondeur sont les principales normes intellectuelles reliées à la pensée critique qui sont ressorties à travers les propos des participantes, lors des entrevues semi-dirigées. La clarté s'est particulièrement démarquée; les quatre participantes ont été unanimes sur le fait que le PIHD sous

forme de carte conceptuelle était plus clair que le PIHD conventionnel : «c'est plus clair, plus facile, plus rapide». Nous développerons davantage l'aspect de la clarté dans la prochaine section (2.3 La clarté et la complétude). Néanmoins, l'aspect de la structure logique mentionné plusieurs fois lors des entrevues semi-dirigées confirme la norme logique de notre plan d'intervention sous forme de carte conceptuelle. «Juste comment les cases sont disposées sur les feuilles, ça aide à la compréhension, ça aide vraiment à schématiser puis à pouvoir vraiment faire des liens entre les différents éléments» (participante C).

Aux dires des participantes, le PIHD conventionnel, de par sa forme linéaire et parce qu'il contient plus d'écritures, porte parfois à confusion lorsque vient le temps de chercher certaines informations. La section 2.5 explicite cette constatation qui nous permet de soulever que le PIHD sous forme de carte conceptuelle favoriserait davantage la profondeur que le PIHD conventionnel. Une participante l'exprime ainsi : «J'aime vraiment mieux celui-là [conceptuel] parce que c'est plus rapide, on comprend plus. Ça nous permet de bien comprendre aussi puis de cibler ce qui est plus important je trouve» (participante D).

À la lumière des résultats obtenus à partir de la triangulation des données, nous pouvons affirmer que le PIHD sous forme de carte conceptuelle rencontre la plupart des normes intellectuelles reliées à la pensée critique : clarté, précision, spécificité, exactitude, pertinence, plausibilité, cohérence, logique, profondeur, diversité, exhaustivité, adéquation, souplesse et impartialité.

### **2.3. La clarté et la complétude**

Le premier thème qui est ressorti est celui de la clarté et de la facilité d'utilisation du PIHD sous forme de carte conceptuelle. Toutes les participantes ont souligné cet aspect à plusieurs reprises :

Moi je trouve que c'est beaucoup plus rapide à remplir, super clair, avec les flèches, les schémas et tout ça. C'est beaucoup plus clair, beaucoup plus rapide, on n'a pas à tourner les pages, puis on voit toute une vue d'ensemble complète sur une même page donc, c'est sûr que ça aide beaucoup (participante C).

Deux d'entre elles ont remarqué que la manière dont est disposé le PIHD sous forme de carte conceptuelle permet de le remplir au complet, sans rien oublier; «on ne peut pas oublier de choses, de la façon qu'il est fait». Les flèches reliant les concepts favorisent une meilleure complétude. À l'opposé, elles mentionnent les oublis fréquents lorsqu'elles exécutent le plan d'intervention conventionnel :

[...] il m'arrive d'oublier de compléter une page ou une partie. On dirait que c'est plus long à remplir à cause des lignes. Étant donné qu'il est sur plusieurs pages, on peut en oublier, comparativement à l'autre [carte conceptuelle] qui est sur une page recto verso (participante B).

Notre expérience clinique et nos observations empiriques confirment ces oublis par les stagiaires, de compléter une ou plusieurs sections de leur plan d'intervention conventionnel. Puisque chaque section du PIHD contient les données d'évaluation, de planification d'interventions et de soins prévus, il est primordial que celui-ci soit complété en totalité. En analysant les PIHD complétés durant l'expérimentation, nous avons constaté que toutes les sections des plans d'intervention sous forme de cartes conceptuelles ont été remplies, sauf deux sections dans quelques cas. La première est la case intitulée «consommation quotidienne» reliée à l'alimentation de la cliente dans un PIHD sur 12 analysés. Ceci s'explique par le fait que cette case doit être complétée seulement si la cliente ou le client présente une affection reliée à l'alimentation (ex. caries, érosion dentaire, etc.) ou un risque accru (ex. personne âgée, femme enceinte, etc.).

La deuxième et dernière case sur les compléments aux besoins et possibilités de traitements a été fréquemment oubliée. Dans quatre cas sur cinq, cette dernière aurait dû être remplie alors qu'elle ne l'a pas été. Cet oubli fréquent peut s'expliquer par le fait que cette case est complétée seulement lorsque la cliente ou le client a

besoin de traitements autres que ceux exécutés dans le plan d'intervention en hygiène dentaire (ex. obturations en composites ou en amalgame, incrustation ou couronne, etc.). Ceci inclut le PIHD de la dernière séance durant laquelle la participante a traité un client à la dernière minute et n'a pas eu le temps de terminer. Cette situation est relative au manque de temps et de données d'évaluation en conséquence, et non à des oublis.

Nous pouvons conclure que bien que la forme conceptuelle du PIHD ait aidé les participantes à le remplir convenablement, il y a encore place à amélioration, particulièrement pour la partie «complément aux besoins et possibilités de traitements». En effet, la dernière partie sur les compléments aux besoins et possibilités de traitements n'a pas été complétée dans trois PIHD sur douze, problématique d'autant plus récurrente avec le PIHD conventionnel. Sur les douze PIHD analysés, quatre avaient des traitements recommandés, et seulement une participante a inscrit le traitement recommandé qui consistait à confectionner une plaque occlusale à la cliente pour pallier à l'attrition qu'elle a sur les dents antérieures causée par le bruxisme. Les trois autres ont laissé la case vide et nous avons dû la remplir avec elles lors de la synthèse de la séance. Comme sur le PIHD conventionnel, cette partie est placée à la fin du PIHD, dans le bas de la feuille. Une participante nous a suggéré, en entrevue semi-dirigée, d'intégrer la case de complément aux besoins et possibilités de traitements à côté des objectifs, étant donnée la relation entre ces concepts. Nous avons trouvé cette suggestion très pertinente et la considérerons pour le futur, puisque cette suggestion a été faite à la fin des trois séances d'expérimentation. Puisque les cases des objectifs sont toujours remplies et que les compléments aux besoins et les possibilités de traitements y sont reliés, il sera intéressant de vérifier si le fait de les rapprocher sur la carte conceptuelle, permettra davantage aux stagiaires de faire le lien et de penser à remplir cette partie.

#### 2.4. L'adaptation du PIHD à la situation clinique

Le second point observé durant les entrevues semi-dirigées est l'adaptation du plan d'intervention en hygiène dentaire en fonction de la santé générale et buccodentaire, des médicaments, des habitudes tabagiques et alimentaires, des mesures de prévention exécutées à domicile, du niveau de connaissances et d'habileté, de la motivation, etc., de la cliente ou du client traité. Toutes les participantes ont mentionné que le PIHD sous forme de carte conceptuelle permet de mieux adapter le plan d'intervention à chaque cliente et client, par les objectifs fixés entre autres.

Les flèches nous permettent de considérer le client dans un ensemble. [...] plus adapté à la personne en tant que telle : chaque client a ses propres problèmes, on va lui donner son propre objectif, donc c'est plus adapté à lui. Le concept est plus orienté avec les flèches, c'est vraiment ce qu'on veut améliorer, puis on met vraiment le point sur les besoins du client (participante A).

«Je trouve que mes objectifs étaient meilleurs et même mes conseils étaient meilleurs avec celui-là [carte conceptuelle] plus adapté que lui [conventionnel]» (participante A).

Dans l'optique de mieux adapter le PIHD à la situation clinique, le PIHD sous forme de carte conceptuelle est pertinent pour pallier à la problématique de répétition que nous avons soulevée au premier chapitre. Nous avons mentionné que les stagiaires répétaient constamment les mêmes informations à tous les clients et clientes, sans égard aux besoins propres à chacun.

Ça fait vraiment des liens donc ça aide vraiment mieux à comprendre puis à faire des liens qui sont vraiment adaptés pour le client dans le fond. Ici, on répétait les mêmes choses (...) tandis que là, on sait que c'est vraiment par rapport au client (...) (participante C).

Le PIHD sous forme de carte conceptuelle favorise donc la pensée critique des participantes dans le but d'adapter leurs interventions en fonction de la santé générale et buccodentaire, des besoins, des pathologies, des habitudes, des connaissances, de la motivation et des habiletés de la cliente ou du client traité. Une participante en

témoigne dans ces propos : «[...] on fait pas juste transcrire ce qu'on avait déjà vu en cours» [durant les cours théoriques]. Il facilite l'accès aux données cliniques permettant de personnaliser les interventions des stagiaires, envers la clientèle.

#### *2.4.1. La comparaison avec le PIHD conventionnel*

Les questions 7 à 18 du canevas d'entrevue consistent à établir une comparaison entre le PIHD sous forme de carte conceptuelle et le PIHD conventionnel. À la question : «Est-ce que les deux formes de PIHD s'équivalent?» Les éléments qui sont ressortis ont trait à l'aspect de synthèse, de réflexion, d'évaluation globale et personnalisée qu'apporte la forme conceptuelle. Les participantes ont aussi constaté que la carte conceptuelle permettait de centrer davantage notre pratique sur le client. Le fait de ne pas répéter les mêmes choses revient aussi, tel qu'évoqué précédemment. «[...] on voit moins le client au centre [sur le PIHD conventionnel]. Je serais plus habituée à faire une routine là, marquer tout le temps les mêmes choses. J'y pense moins qu'avec la carte conceptuelle» (participante B). La forme conceptuelle permet une vue d'ensemble favorisant la réflexion des stagiaires: «C'est plus facile de faire des liens, [...] de penser, de voir le client dans son ensemble» (participante D).

#### *2.4.2. La capacité de faire des liens*

Les participantes ont soulevé une plus grande propension à faire des liens avec le PIHD sous forme de carte conceptuelle. C'est une fonction propre aux cartes conceptuelles que de faire des liens entre les concepts impliqués : «Le schéma, comment c'est fait, ça aide à la réflexion. La réflexion se fait plus rapidement. Puis pour la compréhension aussi, c'est vraiment centré» (participante D).

Moi je trouve que comment qu'il est positionné, comment les différentes cases sur la feuille sont positionnées, ça aide beaucoup à faire des liens. Le fait d'avoir toutes les informations sur la même page, [...] ça fait une vue d'ensemble, plus globale (participante C).

La capacité à faire des liens relève des normes intellectuelles de pensée critique suivantes : précision, spécificité, exactitude, pertinence, plausibilité, cohérence, logique, profondeur, diversité, exhaustivité, adéquation. La carte conceptuelle a concrètement aidé les participantes à faire des liens, dans l'établissement de leurs plans d'intervention : «C'est clair, ça se suit, on fait une analyse dans notre tête. Tout se suit, sous forme de graphique, avec les flèches, ça se suit, puis on peut plus faire de liens que sous forme de lignes comme avec l'ancien PIHD» (participante B). Nos observations et l'analyse des PIHD réalisés dans le cadre de l'expérimentation confirment ces propos. Les cartes conceptuelles sont généralement bien complétées, exhaustives et adaptées aux clientes et clients traités. Ceci s'est observé principalement à travers les objectifs fixés avec les clientes et clients et les enseignements réalisés auprès de ceux-ci. Les liens avec les habitudes alimentaires et tabagiques ont aussi été relevés avec ou sans l'aide de l'enseignante clinicienne.

## **2.5. La synthèse et l'accessibilité aux informations avec la carte conceptuelle**

Cette thématique est ressortie à partir des questions d'entrevue en lien avec l'appréciation (les questions : 1, 2, 6, 7 et 8) et celles concernant l'exercice de la pensée critique (les questions 3, 4 et 5).

[...] on a moins besoin de fouiller. Tout est là, [...] tu as tout sous les yeux, tout ça dans des petits tableaux, tu es moins perdue que dans un PIHD [conventionnel] qui est vraiment comme énorme. J'ai pas besoin de chercher pendant 5 minutes pour rassembler toutes mes informations (participante D).

Une participante a remarqué le modèle de pratique à travers la carte conceptuelle, qui place le client ou la cliente au centre de notre pratique : «Oui, parce qu'on voit l'ensemble du client. [...] on voit que le centre du client là tsé, comment ça s'appelle, heu tsé quand on met le client au centre là? Ha ouais le modèle de pratique. Moi je trouve que ça ressemble à ça avec les flèches et tout» (participante B). Bien que le contenu soit sensiblement le même que celui du PIHD conventionnel,

le modèle de pratique semble ressortir davantage dans le PIHD sous forme de carte conceptuelle. Ceci pourrait s'expliquer par son aspect schématique illustrant les liens entre les concepts.

## **2.6. La pensée critique : pensée réflexive orientée vers une décision**

Les questions 9 à 14 du canevas d'entrevue concernent la pensée critique et l'adaptation à la situation clinique, en lien avec les besoins humains fondamentaux en hygiène dentaire. Pour connaître l'appréciation des participantes du PIHD sous forme de carte conceptuelle en lien avec la pensée critique, nous nous sommes inspirée des définitions de Kataoka-Yahiro et Saylor (1994) et Ennis (1985) pour leur présenter ce concept: «la pensée critique est un processus de pensée réflexive et raisonnable orienté vers une décision quant à ce qu'il faut croire ou faire». Nous leur avons donc demandé si l'un des PIHD, soit le conventionnel ou celui sous forme de carte conceptuelle, leur permettait davantage de prendre les bonnes décisions face à la cliente ou au client à traiter et de combler les besoins humains fondamentaux en hygiène dentaire de chacun. Dans cette optique, il est primordial, dans un premier temps, d'identifier les besoins humains fondamentaux non comblés, à partir des données cliniques. Il s'agit de l'étape 2 : diagnostic en hygiène dentaire. Ensuite il faut comprendre les liens entre la santé générale et la santé buccodentaire, les problèmes buccodentaires, leurs causes, les facteurs contribuant, les habiletés, les habitudes alimentaires et tabagiques, les facteurs de prédisposition, les connaissances, la motivation, etc., de la cliente ou du client traité.

La carte conceptuelle a concrètement aidé les participantes à faire des liens dans l'établissement de leurs plans d'intervention. «[...] On fait une analyse dans notre tête, tout se suit, sous forme graphique, avec les flèches, puis on peut plus faire de liens que sous forme de lignes comme avec l'ancien PIHD» (participante B). Les observations notées à notre journal de bord et l'analyse des PIHD réalisés dans le cadre de l'expérimentation confirment ces propos. Les cartes conceptuelles sont généralement exhaustives et adaptées aux clientes et clients traités. Ceci s'observe

principalement à travers les objectifs fixés avec les clientes et clientes, puis les conseils des participantes, donnés lors de l'enseignement des mesures préventives.

### 3. LA DISCUSSION GÉNÉRALE DES RÉSULTATS EN LIEN AVEC LA PROBLÉMATIQUE

Notre problématique résidait dans les difficultés des stagiaires en hygiène dentaire à utiliser leur pensée critique auprès de la clientèle en stage clinique. Le transfert des connaissances théoriques à travers les interventions cliniques se faisait difficilement. Nous avons relaté la tendance répétitive des stagiaires lors de l'enseignement des mesures de prévention en santé dentaire auprès de la clientèle. Les mêmes informations générales étant souvent données à tous les clients et clientes plutôt qu'un enseignement personnalisé en fonction des besoins spécifiques de chacun.

Pour pallier à cette difficulté nous avons présenté une stratégie pédagogique représentant le plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme d'une carte conceptuelle. Notre question générale de recherche consistait à définir en quoi l'élaboration et l'interprétation de cartes conceptuelles permettent de favoriser des aptitudes de pensée critique chez les stagiaires en hygiène dentaire.

Les résultats démontrent l'efficacité du processus de pensée critique à travers le modèle de pratique en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle. À l'étape de l'évaluation, les données relatives à l'état de santé et les données cliniques de la cliente ou du client ont été bien compilées par les stagiaires participantes. L'évaluation des connaissances de la cliente ou du client, son ouverture et sa motivation à développer de nouvelles habitudes d'hygiène buccodentaire ont permis aux participantes de mieux adapter leur enseignement à la cliente ou au client. Le PIHD sous forme de carte conceptuelle a été bénéfique pour les participantes dans la formulation du diagnostic en hygiène dentaire. Il leur a permis d'adopter une approche centrée sur la cliente ou le client en lui permettant, entre autres, de se fixer

des objectifs adaptés à ses besoins et sa situation. La carte conceptuelle a été bénéfique à chaque étape du processus de pensée critique.

Il semble que la stratégie pédagogique de réaliser le plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme d'une carte conceptuelle favorise l'application des attitudes et des normes intellectuelles de la pensée critique. La clarté, la précision et l'aspect logique de la carte conceptuelle favorisent l'initiative des stagiaires dans l'adaptation de leur enseignement des mesures préventives auprès de la cliente ou du client. Il en résulte une certaine persévérance ainsi qu'une perception du niveau de responsabilité et d'autonomie accrues auprès des stagiaires participantes. Une certaine exhaustivité a été observée, mais le fait que la partie des compléments aux besoins de la cliente ou du client et des possibilités de traitements ait été oubliée dans trois PIHD sur douze nous permet d'affirmer qu'il y a encore place à l'amélioration. Une modification de la carte conceptuelle, telle que proposée par une participante (voir 2.3 clarté et complétude) inciterait probablement les stagiaires à compléter la partie relative aux possibilités de traitement. Cela favoriserait les normes intellectuelles suivantes : cohérence, logique et adéquation.

Malgré cette lacune, ajoutons le fait que les stagiaires, bien qu'avancées dans le programme, sont en processus d'apprentissage. Ce qui justifie les interventions nécessaires de l'enseignante clinicienne. Nos observations et notre journal de bord nous ont permis de constater une utilité supplémentaire et insoupçonnée de notre stratégie pédagogique. Lors de nos interventions au cours de l'expérimentation, nous avons remarqué que les stagiaires participantes saisissaient mieux nos propos et le pourquoi de nos recommandations. Le PIHD sous forme de carte conceptuelle leur permettait de comprendre rapidement les liens concernant nos recommandations. Par exemple, dans le cas 2 (annexe P), la cliente présentait un problème d'attrition généralisée causée par du bruxisme. La participante avait bien identifié le problème et la cause mais avait oublié d'inscrire la recommandation d'une plaque occlusale pour pallier à la problématique. Ceci aurait dû être inscrit dans la case intitulée Compléments aux besoins et possibilités de traitements. C'est d'ailleurs une grande

lacune en stage clinique qui est ressortie lors de l'expérimentation. Tel que mentionné précédemment, cette case a été oubliée dans trois PIHD parmi les douze analysés. Or, dès que nous avons mentionné cet oubli à la participante, celle-ci a tout de suite réalisé son erreur en regardant sa carte conceptuelle. Elle a bien vu le problème de l'attrition et la cause (bruxisme) inscrits dans le schéma. Nous constatons donc que la carte conceptuelle permet aux stagiaires de saisir efficacement les erreurs commises lorsque nous les leur mentionnons. Par conséquent, elles sont plus enclines à les reconnaître et les corriger rapidement. Ce comportement démontre des attitudes de responsabilité, de discipline et d'intégrité. Attitudes que nous avons constatées à plusieurs reprises lors de notre expérimentation.

Notre posture épistémologique nous a permis de connaître la position des stagiaires participantes en lien avec le PIHD sous forme de carte conceptuelle et de répondre à nos objectifs de recherche. Ces dernières ont réellement la perception que la carte conceptuelle a favorisé davantage le développement de leur pensée critique que la forme conventionnelle. De plus, notre modèle théorique s'est avéré cohérent avec notre posture épistémologique. Les étapes du modèle de pratique, les attitudes et les normes intellectuelles de la pensée critique nous ont permis d'évaluer précisément l'ensemble des interventions réalisées par les stagiaires participantes et de connaître leur appréciation de notre stratégie pédagogique.

En somme, les attitudes de la pensée critique qui sont ressorties sont : l'autonomie, la responsabilité, la discipline, la persévérance et la curiosité. Quant aux normes intellectuelles de la pensée critique : la clarté, la précision, la spécificité, l'exactitude, la pertinence, la cohérence, la logique, la profondeur, la diversité et l'adéquation sont ressorties. Ces avantages peuvent être attribués à la structure de la carte conceptuelle qui est basée sur le modèle de pratique en hygiène dentaire. Le modèle de pratique étant la norme nationale acceptée pour favoriser la pensée critique, son application conventionnelle fonctionne, mais la schématisation favorise davantage une approche centrée sur le client ou la cliente. L'aspect visuel et global de la carte conceptuelle permet d'établir plus facilement les liens entre les données

cliniques et de prendre des décisions adaptées aux besoins et à la situation de la cliente ou du client.

Par conséquent, nous pouvons affirmer que nos résultats vont dans le même sens que les études citées dans le cadre de référence, à savoir que la stratégie des cartes conceptuelles pour élaborer le plan d'intervention en hygiène dentaire a été favorable dans l'exercice de la pensée critique des stagiaires participantes.

#### 4. LES LIMITES DE LA RECHERCHE

Les limites de la recherche se situent principalement au niveau de l'échantillon de participantes qui est minime, étant données les contraintes d'organisation de la clinique. Nous ne pouvons donc pas généraliser les résultats obtenus. Cependant, la stratégie pédagogique pourrait être utilisée par tous les stagiaires en hygiène dentaire puisqu'elle a été appréciée par toutes les participantes à l'expérimentation. Une autre limite réside dans le fait que seule la chercheuse a analysé et évalué les PIHD complétés par les stagiaires participantes, étant donné qu'elle était leur enseignante clinicienne durant les séances d'expérimentation. Seulement une autre enseignante a utilisé le PIHD sous forme de carte conceptuelle lors de la séance reprise par l'une des participantes. Cette dernière a toutefois apprécié le PIHD sous forme de carte conceptuelle malgré que la stagiaire n'ait pas eu le temps de le compléter totalement puisque la séance a été écourtée. Ses propos n'ont pas été soulevés dans le journal de bord de la chercheuse puisqu'ils se réduisent au fait que le PIHD sous forme de carte conceptuelle semble un outil intéressant et pertinent. Son utilisation restreinte étant donnée la séance écourtée ne permet pas de considérer ces données de façon explicite.

Nous avons fait valider la clarté de notre PIHD sous forme de carte conceptuelle auprès de deux enseignantes en hygiène dentaire, mais il serait pertinent de la faire expérimenter auprès d'un plus grand nombre de stagiaires de notre clinique-école et de recueillir leur appréciation. Ainsi, le point de vue d'enseignantes

et enseignants en hygiène dentaire serait à considérer, dans le futur ou dans un but d'implantation de PIHD sous forme de carte conceptuelle à notre clinique-école.

## 5. LES PISTES D'AVENIR

La pensée critique étant un concept complexe et englobant plusieurs aspects, il va sans dire que d'autres recherches s'avèreraient intéressantes, particulièrement dans le domaine de l'hygiène dentaire ou ce sujet est très peu élaboré.

Dans le présent essai, nous nous sommes concentrée sur notre modèle de pratique en hygiène dentaire (Darby et Walsh, 2010), adapté avec les attitudes et les normes intellectuelles de la pensée critique (Kataoka-Yahiro et Saylor, 1994). Toutefois, nous n'avons pas abordé les autres composantes de la pensée critique de Kataoka-Yahiro et Saylor (1994) telles que les connaissances, l'expérience et les compétences spécialisées, en plus des trois niveaux (élémentaire, complexité et responsabilité) dans le cadre de cette expérimentation. Ces composantes pourraient faire l'objet de recherches futures.

Aussi, les stratégies d'enseignement et d'apprentissage permettant de développer la pensée critique des étudiantes et des étudiants de niveau collégial constituent une avenue intéressante pour des recherches futures. Autant dans notre discipline de l'hygiène dentaire que dans d'autres disciplines, la pensée critique est un concept universel que chacun a avantage à développer.

Comme nous l'avons vu dans la problématique, il semble avoir un certain manque de connaissances et de formation des enseignantes et enseignants à propos de la pensée critique. Ceci pourrait faire l'objet de recherches futures : le point de vue et les connaissances des enseignantes et enseignants sur la pensée critique pourraient ainsi être approfondis.

Par conséquent, nous espérons que notre projet pourra donner des pistes de réflexion aux enseignantes et enseignants en hygiène dentaire, étant donné le peu de

littérature sur le sujet de la pensée critique dans notre domaine au Québec. Notre projet de recherche pourrait éventuellement permettre l'intégration des cartes conceptuelles dans les plans d'interventions des cliniques-écoles des cégeps offrant le programme et peut-être en bureau privé. Par ailleurs, les plans d'interventions pourraient apparaître sous différentes formes de cartes conceptuelles, en fonction de la conception des hygiénistes dentaires qui les utilisent. Dans la pratique professionnelle des hygiénistes dentaires, les cartes conceptuelles pourraient s'avérer un outil efficace dans l'élaboration de leurs plans d'interventions.

## CONCLUSION

Nous avons situé notre problématique au niveau de la pensée critique en enseignement des techniques d'hygiène dentaire. À cet égard, nous avons relevé les difficultés reliées à l'exercice d'une pensée critique chez les étudiantes et les étudiants ainsi que le défi que représente l'enseignement de la pensée critique pour les enseignantes et enseignants en techniques d'hygiène dentaire. À cette fin, nous avons décidé d'élaborer une stratégie pédagogique qui pourrait s'avérer efficace.

Notre recension d'écrits a démontré que les cartes conceptuelles étaient une stratégie pédagogique efficace pour favoriser la pensée critique d'étudiantes et d'étudiants. Notre projet de recherche de type développement consistait à concevoir une stratégie pédagogique représentant le plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle afin de favoriser la pensée critique de stagiaires en hygiène dentaire. Par ailleurs il visait à valider notre stratégie pédagogique des cartes conceptuelles auprès de stagiaires en troisième année des techniques d'hygiène dentaire du cégep Édouard-Montpetit en recueillant leurs perceptions de l'outil. Nous voulions évaluer la pratique de la pensée critique des stagiaires lors de l'utilisation du PIHD sous forme de carte conceptuelle. Ces objectifs nous ont permis de répondre à notre question générale de recherche : en quoi l'élaboration et l'interprétation de cartes conceptuelles permettent-elles de favoriser des aptitudes de pensée critique chez les stagiaires en hygiène dentaire?

Premièrement, le modèle de pratique en hygiène dentaire définit le processus de pensée critique dont chaque étape se retrouve dans le plan d'intervention en hygiène dentaire. Il va sans dire que le PIHD conventionnel, qui constitue la base du contenu de celui que nous avons réalisé sous forme d'une carte conceptuelle, contient aussi toutes les étapes du modèle de pratique en hygiène dentaire. Ceci confirme que les deux formes de PIHD pourraient favoriser le processus de pensée critique.

Or, l'analyse et l'interprétation des résultats démontrent que le PIHD sous forme de carte conceptuelle s'avère plus efficace que le PIHD conventionnel puisqu'il permet davantage aux stagiaires d'établir et de concevoir les liens entre les données cliniques. De plus, il favorise le déploiement des attitudes et des normes intellectuelles reliées à la pensée critique de Katahoka-Yahiro et Saylor (1994), de par sa clarté et sa précision, entre autres.

Cela dit, les résultats de notre expérimentation démontrent que les participantes ont apprécié davantage le PIHD sous forme de carte conceptuelle, qui leur apparaît plus claire en raison de sa représentation schématique. À cet égard, elle leur permet de considérer davantage les liens entre les concepts impliqués. Par conséquent, lors des trois séances cliniques, les interventions effectuées auprès de douze clientes et clients étaient concrètement mieux adaptées.

Enfin, notre modèle de pratique en hygiène dentaire, adapté des modèles de Darby et Walsh (2010) et de Kataoka-Yahiro et Saylor (1994) s'est avéré efficace pour évaluer la pensée critique des stagiaires participantes à notre expérimentation. De plus, notre stratégie pédagogique du PIHD sous forme de carte conceptuelle a eu l'effet escompté pour le développement de la pensée critique tel qu'explicité par les différents auteurs et recherches cités dans notre recension d'écrits.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abt, E., Bader, J., Bonetti, D. (2012). A practitioner's guide to developing critical appraisal skills. *Journal of American dental association*, 143(4), 386-390.
- Association canadienne des hygiénistes dentaires (2010). *Compétences et normes d'agrément et de pratique pour les hygiénistes dentaires au Canada*, Document téléaccessible à l'adresse <[http://www.cdha.ca/pdfs/Competencies\\_and\\_Standards\\_French.pdf](http://www.cdha.ca/pdfs/Competencies_and_Standards_French.pdf)>. Consulté le 25 avril 2013.
- Atay, S. et Karabacak, Ü. (2011). Care plan using concept maps and their effects on the critical thinking dispositions of nursing students. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 233-239.
- Beaulieu, R. (2005). *Élaboration de stratégies pour l'enseignement de la pensée critique dans les cours de philosophie au collégial*. Essai de maîtrise en enseignement, Université de Sherbrooke, Sherbrooke.
- Behar-Horenstein L., Courts F., Dolan T. et Mitchell G. (2000). Cultivating critical thinking in the clinical learning environment. *Journal of dental education* 64(8), 610-615.
- Behar-Horenstein, L., Dolan, T. et Mitchell, G. (2005). A case study examining classroom instructional practices at a U.S. dental school. *Journal of Dental Education*, 69(6), 639-648.
- Bergevin, H. (2004). *Pensée critique : étude de l'incidence des connaissances et de l'expérience sur le développement du jugement clinique des élèves de première année en soins infirmiers*. Essai de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Québec.
- Boley, D. (2008). Use of premade mind maps to enhance simulation learning. *Nurse Educator*, 33(5), 220-223.
- Boisvert, J. (1996). Développer la pensée critique au collégial. *Pédagogie collégiale*, 10(2), 33-37.
- Boisvert, J. (1997a). *Pensée critique et enseignement*. Regroupement des collèges Performa. Boucherville : Éditions Veilleux.
- Boisvert, J. (1997b). Une stratégie d'enseignement de la pensée critique [au collégial]. *Pédagogie collégiale*, 11(2), 6-10.
- Boisvert, J. (1999). *La formation de la pensée critique, théorie et pratique*. Saint-Laurent : Éditions du renouveau pédagogique inc.
- Bowen, D., Boyd, L., Pattillo, R. et Wetmore, A. (2010). Reflective blogs in clinical education to promote critical thinking in dental hygiene students. *Journal of dental education*, 74(12), 1337-1350.

- Brookfield, S. (1997). Assessing critical thinking. *New direction for adult and continuing education*, 1997(75), 17-29.
- Brookfield, S. (2012). *Teaching for critical thinking, tools and techniques to help students question their assumptions*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Carson-Davis, S. (2012). *Relationships between concept mapping and critical thinking skills of vocational nursing students*. Thèse de doctorat en éducation, Université Capella, Minneapolis. Repéré dans ProQuest Dissertation and Theses. (UMI 3519104).
- Castonguay-Payant, J. (2012). *Favoriser le développement de la pensée critique en sciences dans un jeu sérieux sur plateforme mobile. Exploration théorique pour une scénarisation pédagogique*. Mémoire de maîtrise en éducation, Université Laval, Québec.
- Chambers, D. (2009). Lessons from students in a critical thinking course : a case for the third pedagogy. *Journal of dental education*, 73(1), 65-82.
- Chapelle G., (coor.), (2009). *Éveiller l'esprit critique. Former des citoyens à l'école*. Bruxelles, Couleur livres asbl.
- Cégep Édouard-Montpetit (2004). *Projet éducatif*. Document téléaccessible à l'adresse <[http://www.college-em.qc.ca/public/acb09721-973a-4bfd-9741-52ca811aabc3/mes\\_documents/lecollege/pr\\_educ.pdf](http://www.college-em.qc.ca/public/acb09721-973a-4bfd-9741-52ca811aabc3/mes_documents/lecollege/pr_educ.pdf)>. Consulté le 25 avril 2013.
- Cégep Édouard-Montpetit (2012). *Plan stratégique*. Document téléaccessible à l'adresse < [http://www.college-em.qc.ca/public/acb09721-973a-4bfd-9741-52ca811aabc3/luka\\_2/jean-francois\\_bonneau\\_\(comm.\)/plan\\_strategique\\_2012\\_2017/plan\\_strategique\\_070512.pdf](http://www.college-em.qc.ca/public/acb09721-973a-4bfd-9741-52ca811aabc3/luka_2/jean-francois_bonneau_(comm.)/plan_strategique_2012_2017/plan_strategique_070512.pdf)>. Consulté le 25 avril, 2013.
- College of dental hygienists of British Columbia (2013). Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.cdhbc.com/>>. Consulté le 17 avril 2013.
- Commission de l'agrément dentaire du Canada (2011). Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.cda-adc.ca/cdacweb/fr/>>. Consulté le 15 mars 2013.
- Commission de l'agrément dentaire du Canada (2013). *Les exigences d'agrément en hygiène dentaire*. Site téléaccessible à l'adresse < [http://www.cda-adc.ca/cdacweb/fr/Exigences\\_d'agrément/Hygiène\\_dentaire/](http://www.cda-adc.ca/cdacweb/fr/Exigences_d'agrément/Hygiène_dentaire/)>. Consulté le 28 mai 2013.
- Connecticut dental hygienists' association (2013). Inc. Site téléaccessible à l'adresse <<http://www.cdha-dh.com/home/historyofdentalhygiene.html>>. Consulté le 13 février 2013.
- Costa A. (2001). Habits on mind. In A. Costa (dir.), *Developing minds, a resource book for teaching thinking* (p. 80- 86). Alexandria, VA : ASCD (1<sup>re</sup> éd. 2000).

- Coutu L. (2013). *Perception d'enseignants au sujet des enjeux de l'intégration du développement d'une pensée critique dans le contexte de programmes d'éducation relative à l'environnement (ERE)*. Mémoire de maîtrise en environnement, Université de Sherbrooke, Québec.
- Daley, B. et Torre, D. (2010) Concept maps in medical education : an analytical literature review. *Medical Education*, 44, 440-448.
- Darby, M. (2007). Debate: A teaching-learning strategy for developing competence in communication and critical thinking. *Journal of Dental Hygiene*, 81(4), 1-10.
- Darby, M.L. et Walsh, M. (2010). *Dental hygiene theory and practice*, (3<sup>e</sup> éd.). St-Louis, MO : Saunders Elsevier (1<sup>re</sup> éd. 1995).
- Desbiens, J-P., (1999). Le développement d'une pensée critique : un défi éthique éducatif. In L. Guilbert, J. Boisvert, N. Ferguson (dir.) *Enseigner et comprendre*. (p.3-15). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Déziel, S. (2010). *Formation de l'esprit critique et société de consommation*. Mémoire de maîtrise en philosophie, Université Laval, Québec.
- Ellermann, C., Kataoka-Yahiro, M. et Wong, L. (2006). Logic models used to enhance critical thinking. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 220-227.
- Ennis, R. (1985). A logical basis for measuring critical thinking skills. *Educational Leadership*, 43(2), 44-48.
- Facione, N. and Facione, P. (2008). *Critical thinking and clinical judgment, Critical thinking and clinical reasoning in the health sciences: A teaching anthology*. Millbrae, CA: The California Academic Press.
- Facione, P. A. (dir.) (1990) *Critical Thinking: A statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction*. The Delphi report : research findings and recommendations. Millbrae, CA : The California Academic press.
- Fédération des organismes de règlementation dentaire (2011), Site de la Fédération, téléaccessible à l'adresse : <<http://www.cdraf.org/francais/AgrCertif/Mobilite-main-doeuvre-Canada.html>>. Consulté le 15 mars, 2013.
- Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Montréal : Chenelière éducation (1<sup>re</sup> éd. 2006).
- Gadbury-Amyot, C., Mould, M. et Krust Bray, K. (2011). Student self-assessment in dental hygiene education : A cornerstone of critical thinking and problem-solving. *Journal of dental education*, 75(8), 1061-1072.
- Garneau, M-P. (2011). *Pistes de réflexion sur l'apport de la pensée critique dans l'enseignement de la philosophie au cégep*. Essai de maîtrise en éducation, Université Laval, Québec.

- Glaser, E (1941). *An experiment in the development of critical thinking*. New York, NY : Bureau of Publications, Teachers College, Columbia University.
- Gouvernement du Québec. (1997). *Programme d'études techniques. Techniques d'hygiène dentaire III.A0*. Québec: Ministère de l'Éducation.
- Gowin, B. et Novak, J. (1985). *Learning how to learn*. Cambridge, Presses de l'Université de Cambridge.
- Halpern, D. (2003). *Thought & knowledge, an introduction to critical thinking* (4<sup>e</sup> éd.). Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Harvey, S. et Loiselle, J. (2007). La recherche développement en éducation : fondements, apports et limites. *Recherches qualitatives*, 27(1), 40-59.
- Harvey, S. et Loiselle, J. (2009). Proposition d'un modèle de recherche développement. *Recherches qualitatives*, 28(2), 95-117.
- Institut canadien d'information sur la santé (2004). *Tendances relatives au personnel de la santé au Canada*. Ottawa.
- Jenicek, M. et L. Hitchcock, D. (2005). *Evidence base practice, Logic and critical thinking in medicine*. Chicago, IL : Les Presses de l'American medical association.
- Johnson, P. (2009). International profiles of dental hygiene 1987 to 2006 : a 21-nation comparative study. *International Dental Journal*, 59(2), 72.
- Karsenti, T. et Savoie-Zajc, L. (2011). *La recherche en éducation : étapes et approches*. St-Laurent : Éditions du renouveau pédagogique inc.
- Kataoka-Yahiro, M. et Saylor, C. (1994). A critical thinking model for nursing judgment. *Journal of nursing education*, 33(8), 351-356.
- Keating-Biltucci, M.-T. (2011). *Education strategies for integrating evidence based principles into a two year dental hygiene program*. Repéré dans *ProQuest Dissertation and Theses*. (AAT MQ1489382).
- Kurfiss, J. (1988). *Critical thinking : theory, research, practice, and possibilities*. ASHE-ERIC Higher Education Report No 2, Washington, DC.
- Laliberté, J. (1995). L'école et le développement de la pensée critique. In J-P Goulet (dir.), *Enseigner au collégial*. Montréal : Association québécoise de pédagogie collégiale.
- Lang, M. (2010). *La pensée critique au cœur de l'éducation à la citoyenneté*. Thèse de doctorat en philosophie, Université Laval, Québec.
- Lapointe, J. (2012). Culture scientifique : développer l'esprit critique. *La Presse*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.lapresse.ca/arts/et-cetera/201212/10/01-4602400-culture-scientifique-developper-lesprit-critique.php>>. Consulté le 10 février 2013.
- Larousse (2000). *Le petit Larousse illustré*. Paris : Larousse.

- Lavertu, E. (2013). *Évaluer la pensée critique en contexte de stage en soins infirmiers : proposition d'un outil d'évaluation*. Essai de maîtrise en éducation, Université de Sherbrooke, Québec.
- Lechasseur, K. (2009). *Mobilisation des savoirs par une pensée critique chez des étudiantes infirmières bachelières en situation de soins*. Thèse de doctorat en sciences infirmières et en didactiques des sciences, Université Laval, Québec.
- Lipman, M. (1988). Critical thinking what can it be? *Educational leadership*, september, 38-43. Document téléaccessible à l'adresse : [http://www.ascd.org/ASCD/pdf/journals/ed\\_lead/el\\_198809\\_lipman.pdf](http://www.ascd.org/ASCD/pdf/journals/ed_lead/el_198809_lipman.pdf). Consulté le 16 mars 2013.
- Marchand, C. et d'Ivernois, J-F. (2004). Les cartes conceptuelles dans les formations en santé. *Pédagogie médicale*, 5(4), 230-240.
- McHugh-Schuster, P. (2012). *Concept mapping : a critical thinking approach to care planning*. Philadelphie, PA : Library of Congress Cataloging-in-Publication Data.
- Mehbodi, F., Moattari, M., Moghaddam N., et Soleimani, S., (2014). Clinical concept mapping: does it improve discipline-based critical thinking of nursing students? *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), 70-76.
- Nonnon, P. (1993). Proposition d'un modèle de recherche-développement technologique en éducation. In: B. Denis, G.-L. Baron (eds.), *Regards sur la robotique pédagogique*, Actes du 4ème Colloque international sur la robotique pédagogique, (p. 147-154). Liège: Université de Liège.
- Notgarnie, H. (2011). *Critical thinking skills of united states dental hygiene students*. Repéré dans *ProQuest Dissertation and Theses*. (AAT MQ3455557).
- Office québécois de la langue française (2013). Document téléaccessible à l'adresse : <http://www.oqlf.gouv.qc.ca/ressources/bibliotheque/officialisation/terminologie/fiches/1299032.html>. Consulté le 27 mai, 2014.
- Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (2000). *25<sup>e</sup> anniversaire de la profession d'hygiéniste dentaire au Québec*. Montréal : Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.
- Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (2011). Rapport annuel 2010-2011. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.ohdq.com/Ressources/Documents/Rapport%20annuel%202010-2011.pdf>>. Consulté le 5 juillet 2013.
- Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (2012a). *Rapport du comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles dans le domaine buccodentaire*. Document téléaccessible aux membres de l'ordre des hygiénistes dentaires à l'adresse <http://www.ohdq.com/Ressources/Documents/ModernRapportBernier.pdf>. Consulté le 11 juin 2013.

- Ordre des hygiénistes dentaires du Québec (2012b). *Rapport annuel 2011-2012*, Montréal : Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.
- Ordre des hygiénistes dentaires du Québec, (2014). *Rapport annuel 2013-2014*, Montréal : Ordre des hygiénistes dentaires du Québec.
- Paul, R. (1993a). *Critical thinking : what every person needs to survive in a rapidly changing world*, Santa Rosa, CA : Fondation for critical thinking.
- Paul, R. (1993b). The art of redesigning instruction. In Wilsen, J., Binker A.J.A, editors: *Critical thinking how to prepare students for a rapidly changing world*, Santa Rosa, Ca: Foundation for critical thinking.
- Paul R. (dir.), Adamson, K., Binker, A., Martin, D. (1989). *Critical thinking handbook : high school, a guide for redesigning instruction*, Rohnert Park, CA : Center for critical thinking and moral critique.
- Ressources humaines et développement des compétences Canada (2012).
- Document téléaccessible à l'adresse <<http://www10.rhdcc.gc.ca/ce/Francais/VoirProfil.aspx?v=280>>. Consulté le 25 avril 2013.
- Romano, G. (1993). *Développement des habiletés de pensée et pratiques pédagogiques au collège*. Québec : Collège François-Xavier-Garneau.
- Tremblay, M. (2000). *L'influence des schémas organisateurs sur l'organisation et le transfert des connaissances dans un cours de pathologie bucco-dentaire au collégial*. Mémoire de maîtrise en éducation, Université du Québec à Chicoutimi, Chicoutimi.
- Wilkins, E. (1991). *Prévention et traitement en hygiène dentaire* (Trad. Par J. Massé). Boucherville : Éditions Gaëtan Morin éditeur.

**ANNEXE A**  
**EXTRAIT DU CODE DES PROFESSIONS**



**EXTRAIT DU CODE DES PROFESSIONS**

L.R.Q., chapitre C-26

**36.** Nul ne peut de quelque façon:

k) utiliser le titre d'«hygiéniste dentaire» ni un titre ou une abréviation pouvant laisser croire qu'il l'est, ou s'attribuer des initiales pouvant laisser croire qu'il l'est ou les initiales «H.D.», «D.H.» ou «R.D.H.», s'il n'est titulaire d'un permis valide à cette fin et s'il n'est inscrit au tableau de l'Ordre professionnel des hygiénistes dentaires du Québec;

**37.** Tout membre d'une des corporations professionnelles suivantes peut exercer les activités professionnelles suivantes, en outre de celles qui lui sont autrement permises par la loi :

k) l'Ordre professionnel des hygiénistes dentaires du Québec : dépister les maladies buccodentaires, enseigner les principes de l'hygiène buccale et, sous la direction d'un dentiste, utiliser des méthodes scientifiques de contrôle et de prévention des affections buccodentaires.»

1973, c. 43, a. 38; 1994, c. 40, a. 34; 1998, c. 14, a. 6.



**ANNEXE B**  
**LES COMPÉTENCES NATIONALES EN HYGIÈNE DENTAIRE**



Tableau 1  
Les compétences nationales en hygiène dentaire

L'aspect professionnel	L'hygiéniste dentaire à titre de professionnelle ou professionnel agit avec intégrité et en fonction de son code de déontologie.
La communication et la collaboration	La communication écrite, verbale, non verbale, les aptitudes d'écoute, les connaissances informatiques, le partenariat et la collaboration dans un but d'améliorer la santé et le bien-être du public.
La recherche	Le fait de fonder ses décisions sur des données probantes, l'élaboration des protocoles de prévention des infections, l'utilisation des meilleures sources d'informations disponibles, l'application des sciences du comportement, de la biologie et de la santé pour prendre ses décisions.
La défense des droits	Par la parole, l'écriture ou l'action pour une cause, une politique ou un groupe de personnes, dans le but de réduire les inégalités en matière de santé et d'accès aux services de santé.
La coordination	L'organisation de projets, la planification de stratégies pour initier des changements et des améliorations, le travail avec les budgets liés aux différents milieux de pratique de l'hygiéniste dentaire, le respect des aspects financiers liés à la prestation des services en HD.
La thérapie clinique	Les procédures de soins préventifs, thérapeutiques et continus favorisant l'atteinte et le maintien d'une santé buccodentaire optimale qui contribue à une bonne santé globale.
L'éducation en santé buccodentaire	L'application de principes d'enseignement et d'apprentissage pour faciliter le développement d'attitudes, de connaissances, d'habiletés et de comportements spécifiques, en mettant l'accent sur la santé buccodentaire et son lien avec la santé générale.
La promotion de la santé	Les actions orientées vers le changement des conditions sociales et économiques de façon à promouvoir la santé individuelle et collective.

Source : Association canadienne des hygiénistes dentaires (2010). Compétences et normes d'agrément et de pratique pour les hygiénistes dentaires au Canada, Document téléaccessible à l'adresse  
[http://www.cdha.ca/pdfs/Competencies\\_and\\_Standards\\_French.pdf](http://www.cdha.ca/pdfs/Competencies_and_Standards_French.pdf).



**ANNEXE C**  
**EXTRAIT DU DOCUMENT : LES EXIGENCES D'AGRÉMENT**  
**EN HYGIÈNE DENTAIRE, MIS À JOUR EN NOVEMBRE 2011.**



**EXTRAIT DU DOCUMENT «LES EXIGENCES D'AGRÈMENT  
EN HYGIÈNE DENTAIRE, MIS À JOUR EN NOVEMBRE 2011.»**

2.3.10 Les diplômés doivent être capables d'effectuer des interventions en hygiène dentaire, fondées sur les faits, auprès de personnes et de groupes. Les occasions d'apprentissage doivent refléter tout le champ de pratique en hygiène dentaire afin de permettre aux étudiants de :

- a. Effectuer des soins/services d'hygiène dentaire aux personnes, aux groupes et dans les communautés.
- b. Revoir avec un sens critique la littérature pertinente aux interventions en hygiène dentaire basées sur les faits.
- c. Prendre des décisions en hygiène dentaire appuyées par les données actuelles.
- d. Faire usage de motricité fine dans l'évaluation, la planification, l'exécution et l'évaluation des soins d'hygiène dentaire en clinique.
- e. Gérer l'administration de soins d'hygiène dentaire aux clients de tout âge, incluant ceux dont la condition médicale est compromise et ceux ayant des besoins spéciaux.
- f. Gérer des activités de promotion de la santé auprès de communautés et de groupes.
- g. Gérer des activités d'éducation en matière de santé auprès de communautés et de groupes.
- h. Gérer le côté affaires de la pratique de l'hygiène dentaire.

*Exigence*

2.4.1 Le programme doit s'assurer que les diplômés soient compétents dans la gestion du processus des soins d'hygiène dentaire dans la communauté. Les étudiants doivent expérimenter en entier les éléments du Processus des soins d'hygiène dentaire : l'évaluation initiale, la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités reliées à la promotion et à l'éducation en matière de santé dans la communauté.



**ANNEXE D**  
**COMPÉTENCES DU PROGRAMME EN HYGIÈNE DENTAIRE :**  
**FORMATION SPÉCIFIQUE**



**COMPÉTENCES DU PROGRAMME EN HYGIÈNE DENTAIRE :  
FORMATION SPÉCIFIQUE**

00L6	Analyser la fonction de travail
00L7	Appliquer les mesures de protection universelle
00L8	Appliquer des mesures de santé et de sécurité
00L9	Effectuer des tâches administratives liées au milieu de travail
00LA	Examiner les structures et les fonctions normales de la tête et du cou
00LB	Établir des liens entre l'anamnèse et les traitements d'hygiène dentaire
00LC	Dépister les maladies bucco-dentaires
00LD	Prendre des radiographies bucco-dentaires
00LE	Savoir communiquer de façon professionnelle avec la cliente et le client et l'équipe de travail
00LF	Établir des liens entre la nutrition et la santé bucco-dentaire
00LG	Concevoir un plan de traitement préventif
00LH	Informar la cliente ou le client des possibilités de traitement
00LJ	Enseigner les mesures de prévention en santé dentaire
00LK	Effectuer des opérations de parodontie
00LL	Effectuer un polissage sélectif
00LM	Effectuer des opérations liées à la prosthodontie
00LN	Collaborer aux traitements orthodontiques
00LP	Effectuer des tâches de dentisterie opératoire
00LQ	Intervenir en santé dentaire préventive



**ANNEXE E**  
**EXTRAIT DU DEVIS MINISTÉRIEL**



## EXTRAIT DU DEVIS MINISTÉRIEL

### Code 00LG Concevoir un plan de traitement préventif.

<b>Objectif</b>	<b>Standard</b>
<p><b>Énoncé de la compétence</b></p> <p>Concevoir un plan de traitement préventif.</p>	<p><b>Contexte de réalisation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- À partir du dossier de la cliente ou du client, de l'examen bucco-dentaire et du plan de traitement.</li> <li>- À l'aide de matériel et d'instruments et de la documentation pertinente.</li> <li>- En collaboration avec les autres membres de l'équipe.</li> </ul>
<p><b>Éléments de la compétence</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Établir l'ordre de priorité des méthodes d'intervention préventive.</li> <li>2. Choisir les outils de prévention</li> <li>3. Communiquer le plan de prévention à la cliente ou au client.</li> <li>4. Inscrire les renseignements dans le dossier de la cliente ou du client.</li> </ol>	<p><b>Critères de performance</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Évaluation juste des besoins en matière de prévention de la cliente ou du client.</li> <li>1.2 Établissement exact des priorités et des habitudes d'hygiène buccale.</li> <li>1.3 Association pertinente entre les besoins de la cliente ou du client et les méthodes d'intervention suggérées.</li> <li>1.4 Planification correcte des étapes du plan de traitement préventif.</li> <li>2.1 Évaluation juste de l'utilisation des outils de prévention recommandés.</li> <li>2.2 Adaptation appropriée des outils de prévention aux besoins réels de la cliente ou du client.</li> <li>2.3 Utilisation judicieuse du matériel didactique.</li> <li>3.1 Maintien de la participation active de la cliente ou du client.</li> <li>3.2 Explication claire et précise des éléments du plan de traitement.</li> <li>3.3 Perception juste de la compréhension du plan de traitement par la cliente ou le client.</li> <li>4.1 Consignation précise des renseignements pertinents.</li> </ol>

**Code 00LJ** Enseigner les mesures de prévention en santé dentaire.

Objectif

Standard

**Énoncé de la compétence**

**Contexte de réalisation**

Enseigner les mesures de prévention en santé dentaire.

- En cabinet privé ou dans le secteur public.
- À partir des dossiers des clientes et des clients.
- À l'aide du matériel, des instruments, des outils didactiques et de la documentation appropriés.

**Éléments de la compétence**

**Critères de performance**

- |  |  |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faire le lien entre les mesures préventives et les problèmes buccodentaires</li> </ol>         | <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1 Explications précises sur la composition, le rôle et les effets des dépôts mous et durs.</li> <li>1.2 Explications claires sur les mesures de prévention liées à la formation des dépôts.</li> <li>1.3 Utilisation pertinente du matériel didactique.</li> </ol>  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Montrer les méthodes et les techniques de prévention en hygiène dentaire.</li> </ol>           | <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1 Explication adaptée des méthodes et des techniques de prévention.</li> <li>2.2 Vérification appropriée des techniques et des méthodes préventives enseignées.</li> <li>2.3 Respect rigoureux des mesures d'asepsie</li> </ol>   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>3. Expliquer l'utilisation d'agents et de produits préventifs systémiques et topiques.</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1 Association juste entre les produits préventifs systémiques et topiques et leurs effets sur l'organisme.</li> <li>3.2 Recommandations pertinentes à la cliente ou au client concernant l'utilisation des produits et des agents préventifs systémiques et topiques.</li> <li>3.3 Utilisation d'un langage clair et d'une terminologie adaptée.</li> </ol> |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Inscrire les renseignements dans le dossier de la cliente ou du client</li> </ol>              | <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Consignation précise des renseignements pertinents.</li> </ol>  |

**ANNEXE F**  
**UNE LISTE DES 35 STRATÉGIES DE LA PENSÉE CRITIQUE**



## LES 35 STRATÉGIES DE LA PENSÉE CRITIQUE

(Richard Paul et ses collaborateurs, 1989)

### A. Les stratégies affectives

- S-1 Penser de façon autonome.
- S-2 Reconnaître son égocentrisme ou son esprit de clan.
- S-3 Faire preuve d'impartialité.
- S-4 Explorer les pensées sous-jacentes aux émotions et les émotions sous-jacentes aux pensées.
- S-5 Faire montre d'humilité intellectuelle et suspendre son jugement.
- S-6 Faire preuve de courage intellectuel.
- S-7 Manifester de la bonne foi intellectuelle ou de l'intégrité.
- S-8 Montrer de la persévérance intellectuelle.
- S-9 Avoir foi en la raison.

### B. Les stratégies cognitives : les macrocapacités

- S-10 Renforcer les généralisations et éviter les simplifications à outrance.
- S-11 Comparer des situations analogues : transférer ce qu'on a compris à de nouveaux contextes.
- S-12 Développer un point de vue personnel : élaborer ou examiner des croyances, des arguments ou des théories.
- S-13 Éclaircir les problèmes, les conclusions ou les croyances.
- S-14 Mettre en lumière et analyser les significations des mots ou des phrases.
- S-15 Élaborer des critères en vue de l'évaluation : clarifier les valeurs et les normes.
- S-16 Évaluer la crédibilité des sources d'information.
- S-17 Questionner en profondeur : soulever et approfondir des problèmes fondamentaux ou significatifs.
- S-18 Analyser ou évaluer des arguments, des interprétations, des opinions ou des théories.
- S-19 Analyser ou évaluer des arguments, des interprétations, des opinions ou des théories.
- S-20 Analyser ou évaluer des actions ou des politiques.
- S-21 Faire une lecture critique : éclaircir ou analyser des textes.
- S-22 Écouter de façon critique : maîtriser l'écoute active.
- S-23 Établir des liaisons interdisciplinaires.
- S-24 Pratiquer la discussion socratique : éclaircir et remettre en question des opinions, des théories ou des points de vue.
- S-25 Reasonner de manière dialogique : comparer des thèses, des interprétations, ou des théories.
- S-26 Reasonner de manière dialectique : évaluer des positions, des interprétations, ou des théories.

### C. Les stratégies cognitives : les microhabiletés

- S-27 Comparer et opposer les idéaux et la réalité.
- S-28 Réfléchir avec précision sur la pensée : recourir à un vocabulaire approprié.
- S-29 Relever les ressemblances et les différences significatives.
- S-30 Examiner ou évaluer les présupposés.
- S-31 Distinguer les faits pertinents de ceux qui ne le sont pas.
- S-32 Formuler des inférences, des prédictions ou des interprétations vraisemblables.
- S-33 Évaluer les faits prouvés et les faits supposés.
- S-34 Discerner les contradictions.
- S-35 Examiner les implications et les conséquences.

Source : Boisvert, J. (1999). *La formation de la pensée critique, théorie et pratique*. Saint-Laurent : Éditions du nouveau pédagogique inc.



**ANNEXE G**  
**PLAN D'INTERVENTION EN HYGIÈNE DENTAIRE CONVENTIONNEL**





## PLAN D'INTERVENTION EN HYGIÈNE DENTAIRE (PIHD)

Date \_\_\_\_\_ Nom du client \_\_\_\_\_

### 1. ÉVALUATION EN HYGIÈNE DENTAIRE (Cueillette de données)

#### 1.1 RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION DE LA CONDITION BUCCODENTAIRE : IDENTIFICATION

Problèmes	Localisation
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
Causes	Facteurs contribuant
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

#### 1.2 ÉVALUATION DES HABITUDES D'HYGIÈNE BUCCODENTAIRE

Méthode de brossage : \_\_\_\_\_  
 Fréquence du brossage : \_\_\_\_\_  
 Type de brosse : \_\_\_\_\_  
 Soie / fréquence : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Adjuvants dentaires : \_\_\_\_\_  
 Agents topiques: \_\_\_\_\_  
 Autre : \_\_\_\_\_

#### 1.3 ÉVALUATION DES HABITUDES ALIMENTAIRES

(Condition buccale présente / clientèle à risque)

Dans une journée consommez-vous :

Fruits & légumes \_\_\_\_\_ Viande et substituts \_\_\_\_\_

Lait et substituts \_\_\_\_\_ Pains et produits céréaliers \_\_\_\_\_

Nombre de collations /jour? \_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_

Brevages entre les repas? oui  non  Type : \_\_\_\_\_

Autre information pertinente : \_\_\_\_\_

Satisfaisant

#### 1.4 COMPILATION DES INDICES :

SPP : \_\_\_\_\_

Indice de saignement :

B	
M	
S	

PSR


### 2. DIAGNOSTIC EN HYGIÈNE DENTAIRE (Cocher selon les éléments pertinents)

(Selon les besoins humains fondamentaux du client)

- Risque lié à l'état de santé générale :  Réf. : Histoire médicale
- Insatisfaction de l'apparence :  Réf. : Histoire dentaire Q4
- Présence de stress et d'anxiété :  Réf. : Histoire dentaire Q5
- Risque lié à l'état de santé dentaire :  Réf. : Histoire dentaire Q6
- Présence de douleur :  Réf. : Histoire dentaire Q7
- Atteinte à l'intégrité des tissus suivants : peau , muqueuses , parodontite , dentition , fonction dentaire
- Incompréhension : de l'état buccodentaire , des soins buccodentaires : , Réf. : Histoire dentaire Q8
- Déficit de prise en charge de la santé buccodentaire , de l'alimentation en lien avec la santé buccodentaire
- usage de produits tabagiques en lien avec la santé buccodentaire

Autre diagnostic en hygiène dentaire : \_\_\_\_\_

Initiales du clinicien : \_\_\_\_\_

**3. PLANIFICATION EN HYGIÈNE DENTAIRE**

(Sélection des soins préventifs et thérapeutiques selon les besoins du client)

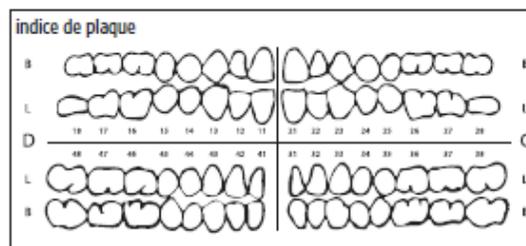
**3.1 PLANIFICATION DE L'ÉDUCATION EN SANTÉ BUCCODENTAIRE**

**3.1.1 Outils et moyens pédagogiques pour expliquer la condition buccale du client**

- Visualisation du problème
  - Microscope à contraste de phase
  - Sonde
  - Modèles d'étude
  - Relevé alimentaire /  Conseil alimentaire
  - Radiogrammes
  - Caméra intrabuccale
  - Cahier de prévention: partie spécifique relié au problème
  - Cessation tabagique
  - Indice de plaque (biofilm)
- Autres : \_\_\_\_\_

**3.1.2 Éducation en santé buccodentaire**

Méthode de brossage : \_\_\_\_\_  
 Fréquence du brossage : \_\_\_\_\_  
 Type de brosse : \_\_\_\_\_  
 Soie / fréquence : \_\_\_\_\_  
 Adjuvants dentaires : \_\_\_\_\_  
 Agents topiques: \_\_\_\_\_  
 Conseil alimentaire \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Autre : \_\_\_\_\_



- A
- B
- C

**3.1.3 Séquence d'enseignement pour l'éducation en santé buccodentaire**

1<sup>er</sup> rendez-vous : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 2<sup>e</sup> rendez-vous : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 3<sup>e</sup> rendez-vous : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 4<sup>e</sup> rendez-vous : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**OBJECTIFS DU CLIENT (favorisant la compréhension et la prise en charge par le client de sa santé buccodentaire)**

OBJECTIFS / RÉSULTATS ATTENDUS LE CLIENT OU LA CLIENTE CONSENT À	MOYENS PRIS PAR LE CLIENT	ÉCHÉANCIER	INDICES MESURABLES ET OBSERVABLES*
1.			
2.			
3.			
4.			

\* Indices suggérés : IS, IP, PSR, SPP

**3.2 Informations complémentaires sur les besoins**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**3.3 PLANIFICATION DES SOINS THÉRAPEUTIQUES ET PRÉVENTIFS**

1<sup>er</sup> rendez-vous : \_\_\_\_\_  
 2<sup>e</sup> rendez-vous : \_\_\_\_\_  
 3<sup>e</sup> rendez-vous : \_\_\_\_\_  
 4<sup>e</sup> rendez-vous : \_\_\_\_\_

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU CLIENT**

- Je consens à ce que les interventions en hygiène dentaire débutent telles que décrites et expliquées précédemment
- Je reconnais avoir été consulté, avoir participé et avoir reçu des explications concernant les interventions en hygiène dentaire que l'on me propose
- J'ai eu l'opportunité de poser mes questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes pour les interventions qui me sont recommandées
- Je comprends qu'à chacun de mes rendez-vous du temps sera accordé à mes habitudes personnelles d'hygiène dentaire puisque celles-ci influencent directement l'état de ma bouche
- Je comprends qu'il est possible que des changements soient apportés à mon plan d'intervention en hygiène dentaire et que le nombre de rendez-vous puissent être sujet à changement afin de recevoir un traitement complet et de qualité. Le cas échéant, j'en serai informé.

Signature du client : \_\_\_\_\_  
 (Ou responsable)

Date : \_\_\_\_\_

Initiales du clinicien : \_\_\_\_\_

**Le client ou la cliente est informé(e) des possibilités de traitement.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. RÉÉVALUATION EN HYGIÈNE DENTAIRE**

IS initial : \_\_\_\_\_ - IP initial : \_\_\_\_\_

**(Mesure de la réussite du client)**

Date : \_\_\_\_\_

Dents	Valeurs	IS bénin = 0,0 à 1,0	B	
16		IS modéré = 1,1 à 2,0	M	
21		IS sévère = 2,1 à 3,0	S	
24				
36				
41				
44				
Total				

IS =  $\frac{\text{Total des valeurs}}{\text{Nombre de dents}}$  = \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

**indice de plaque**

A   
B   
C

**RÉÉVALUATION DES OBJECTIFS ET DES MOYENS**

Retour sur les objectifs du client		EN PROGRESSION	ATTEINT									
	1	✓	✓	2	✓	✓	3	✓	✓	4	✓	✓
<b>Recommandations</b>												
Brossage												
Soie												
Adjuvants / Agents topiques												
Autre												

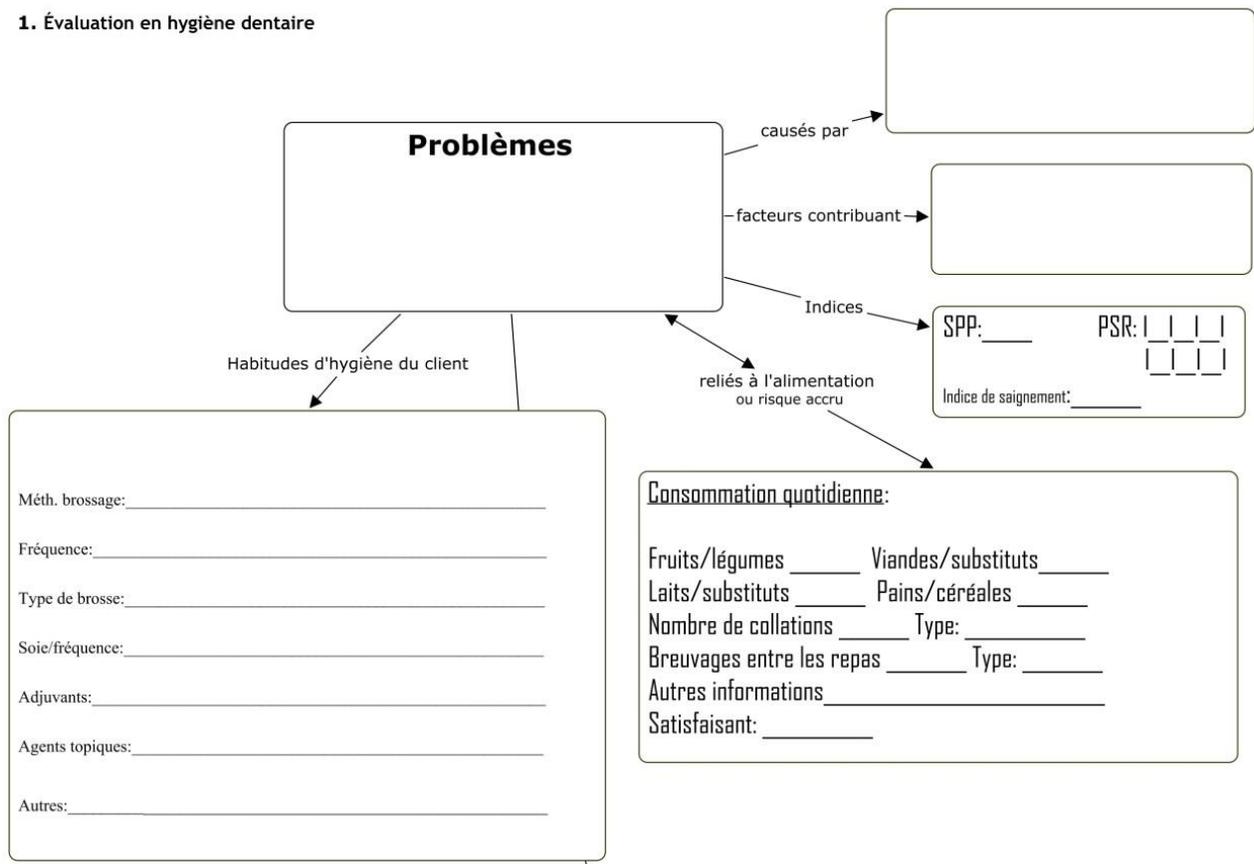


**ANNEXE H**  
**PLAN D'INTERVENTION EN HYGIÈNE DENTAIRE SOUS FORME DE**  
**CARTE CONCEPTUELLE**



Client(e): \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

**1. Évaluation en hygiène dentaire**



**2. Diagnostic en hygiène dentaire**

**Besoins humains fondamentaux non comblés:**

Risque lié à l'état de santé générale: \_\_\_\_\_  
 Insatisfaction de l'apparence (Q4): \_\_\_\_\_  
 Stress/anxiété: \_\_\_\_\_  
 Risque lié à l'état de santé dentaire: \_\_\_\_\_  
 Douleur: \_\_\_\_\_  
 Atteinte à l'intégrité de: peau \_\_\_\_\_ muqueuses \_\_\_\_\_ parodonte \_\_\_\_\_ dentition \_\_\_\_\_ fonction dentaire \_\_\_\_\_  
 Incompréhension de: l'état buccodentaire \_\_\_\_\_ soins buccodentaires \_\_\_\_\_ Histoire dentaire (Q8) \_\_\_\_\_  
 Déficit de prise en charge de: la santé buccodentaire \_\_\_\_\_ l'alimentation \_\_\_\_\_ tabagisme \_\_\_\_\_

### 3. Planification en hygiène dentaire

**Moyens pour expliquer la condition buccale du client**

Visualisation des problèmes _____	Caméra intrabuccale _____
Microscope _____	Cahier de prévention _____
Sonde _____	Cessation tabagique _____
Modèle d'études _____	Indice de plaque _____
Relevé alimentaire _____	Autres _____
Conseil alimentaire _____	

A  B  C

**Éducation en santé buccodentaire**

Méth. brossage: _____ Fréquence: _____ Soie/fréquence: _____ Adjuvants: _____ Agents topiques: _____ Conseil alimentaire: _____ Autres: _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;"><b>Objectif 1</b></td> <td style="width: 40%;">Moyen →</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td>D'ici le</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Indice →</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; text-align: center;"><b>Objectif 2</b></td> <td style="width: 40%;">Moyen →</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td>D'ici le</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Indice →</td> </tr> </table>	<b>Objectif 1</b>	Moyen →		D'ici le		Indice →	<b>Objectif 2</b>	Moyen →		D'ici le		Indice →
<b>Objectif 1</b>	Moyen →												
	D'ici le												
	Indice →												
<b>Objectif 2</b>	Moyen →												
	D'ici le												
	Indice →												

**Séquence d'enseignement pour l'éducation en santé dentaire**

R-V 1 \_\_\_\_\_

R-V 2 \_\_\_\_\_

R-V 3 \_\_\_\_\_

R-V 4 \_\_\_\_\_

**Planification des soins thérapeutiques et préventifs**

R-V 1 \_\_\_\_\_

R-V 2 \_\_\_\_\_

R-V 3 \_\_\_\_\_

R-V 4 \_\_\_\_\_

↓  
Consentement éclairé

1. Je consens à ce que les interventions en hygiène dentaire débutent telles que décrites précédemment.

2. Je reconnais avoir été consulté, avoir participé et avoir reçu les explications concernant les interventions en hygiène dentaire que l'on me propose.

3. J'ai eu l'opportunité de poser mes questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes pour les interventions qui me sont recommandées.

4. Je comprends qu'à chacun de mes rendez-vous, du temps sera accordé à mes habitudes personnelles d'hygiène dentaire, celles-ci influençant directement l'état de ma bouche.

5. Je comprends qu'il est possible que des changements soient apportés à mon plan d'intervention en hygiène dentaire et que le nombre de rendez-vous puisse être sujet à changements afin de recevoir un traitement complet et optimal. Le cas échéant, j'en serai informé.

Signature du client (ou responsable): \_\_\_\_\_

Complément aux besoins: \_\_\_\_\_

Possibilités de traitement: \_\_\_\_\_

**ANNEXE I**  
**PREMIÈRE VERSION DU PIHD SOUS FORME DE CARTE**  
**CONCEPTUELLE**

(complétée par une participante durant la première séance de l'expérimentation)



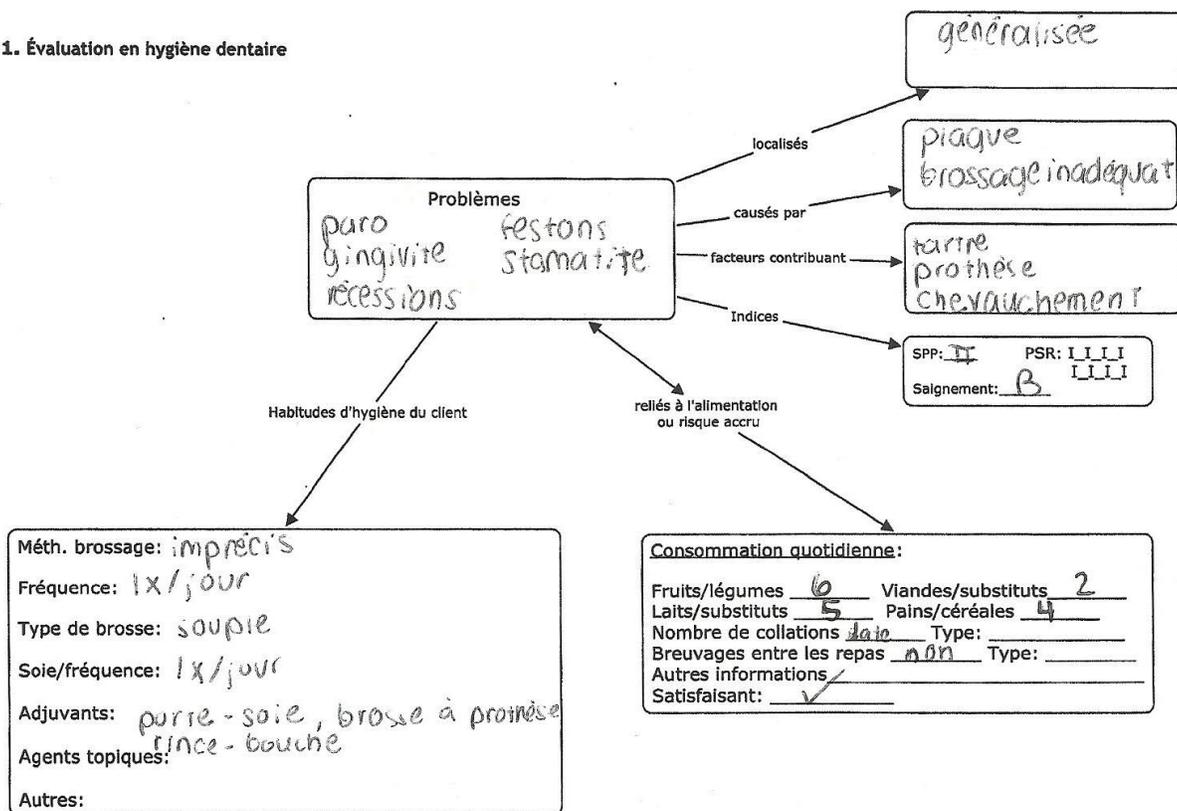
Étudiante: \_\_\_\_\_

Enseignante HD: \_\_\_\_\_

Client(e): \_\_\_\_\_

Date: 14/03/28

1. Évaluation en hygiène dentaire



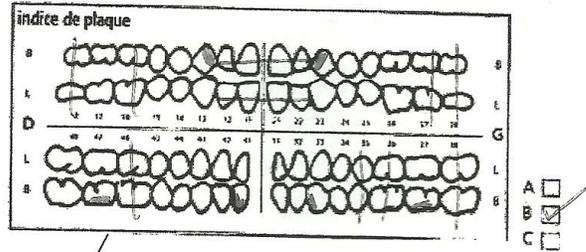
2. Diagnostic en hygiène dentaire

Besoins humains fondamentaux non comblés:  
 Risque lié à l'état de santé générale: \_\_\_  
 Insatisfaction de l'apparence (Q4): \_\_\_  
 Stress/anxiété: \_\_\_  
 Risque lié à l'état de santé dentaire: \_\_\_  
 Douleur: \_\_\_  
 Atteinte à l'intégrité de: peau \_\_\_ muqueuses \_\_\_ parodontite ✓ dentition \_\_\_ fonction dentaire \_\_\_  
 Incompréhension de: l'état buccodentaire \_\_\_ soins buccodentaires \_\_\_ Histoire dentaire (Q8) \_\_\_  
 Déficit de prise en charge de: la santé buccodentaire \_\_\_ l'alimentation \_\_\_ tabagisme \_\_\_

3. Planification en hygiène dentaire

**Moyens pour expliquer la condition buccale du client**

Visualisation des problèmes ✓	Caméra intrabuccale _____
Microscope _____	Cahier de prévention _____
Sonde _____	Cessation tabagique _____
Modèle d'études _____	Indice de plaque ✓
Relevé alimentaire _____	Autres _____
Conseil alimentaire _____	



**Éducation en santé buccodentaire**

Méth. brossage: coup roulé

Fréquence: 2x / jour

Soie/fréquence: 1x / jour

Adjuvants: perle-soie

Agents topiques: \_\_\_\_\_

Conseil alimentaire: \_\_\_\_\_

Autres: \_\_\_\_\_

Éducation en santé buccodentaire

brossage après le déjeuner  
brossage avant de dormir

Objectifs 1  
brosser les dents 2x/jour

Indice mesurable: I.P

Objectifs 2  
idem

Indice mesurable: I.P

**Séquence d'enseignement pour l'éducation en santé dentaire**

R-V 1 Visualisation probl., expl. probl. (para, récession gingivaire), IP, lien cause/effet

R-V 2 Réévaluation probl., IP (comparaison), coupe et brossage soie

R-V 3 \_\_\_\_\_

R-V 4 \_\_\_\_\_

g. gingivaire) IP, lien cause/effet  
brossage soie

brossage après le déjeuner  
brossage avant de dormir

**Planification des soins thérapeutiques et préventifs**

R-V 1 dép. ens., dét. +, sond. +

R-V 2 Fos. dét. +, sond. +, Pol. fl.

R-V 3 \_\_\_\_\_

R-V 4 \_\_\_\_\_

Consentement éclairé

1. Je consens à ce que les interventions en hygiène dentaire débutent telles que décrites précédemment.  
2. Je reconnais avoir été consulté, avoir participé et avoir reçu les explications concernant les interventions en hygiène dentaire que l'on me propose.  
3. J'ai eu l'opportunité de poser mes questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes pour les interventions qui me sont recommandées.  
4. Je comprends qu'à chacun de mes rendez-vous, du temps sera accordé à mes habitudes personnelles d'hygiène dentaire, celles-ci influençant directement l'état de ma bouche.  
5. Je comprends qu'il est possible que des changements soient apportés à mon plan d'intervention en hygiène dentaire et que le nombre de rendez-vous puisse être sujet à changements afin de recevoir un traitement complet et optimal. Le cas échéant, j'en serai informé.

Signature du client (ou responsable): \_\_\_\_\_

Complément aux besoins:

Possibilités de traitement:

**ANNEXE J**  
**VERSION FINALE DU PIHD SOUS FORME DE CARTE CONCEPTUELLE**  
**(COMPLÉTÉE PAR UNE PARTICIPANTE DURANT**  
**LA TROISIÈME SÉANCE DE L'EXPÉRIMENTATION)**

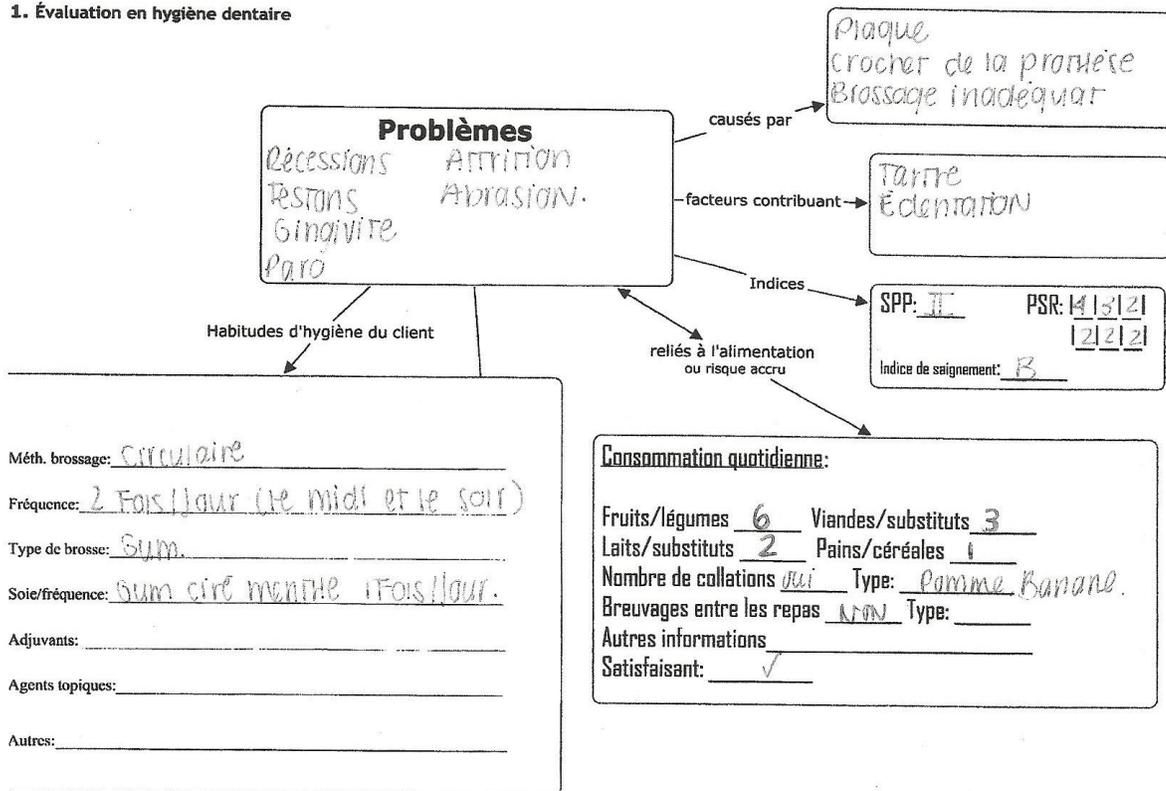


Legep Edouard-Montpetit  
 Clinique d'hygiène dentaire  
 Plan d'intervention en hygiène dentaire

Étudiante: \_\_\_\_\_  
 Enseignante HD: MD

Client(e): \_\_\_\_\_  
 Date: 14/04/04

**1. Évaluation en hygiène dentaire**



**2. Diagnostic en hygiène dentaire**

**Besoins humains fondamentaux non comblés:**

Risque lié à l'état de santé générale: \_\_\_\_\_  
 Insatisfaction de l'apparence (Q4): \_\_\_\_\_  
 Stress/anxiété: \_\_\_\_\_  
 Risque lié à l'état de santé dentaire: \_\_\_\_\_  
 Douleur: \_\_\_\_\_  
 Atteinte à l'intégrité de: peau \_\_\_\_\_ muqueuses \_\_\_\_\_ parodonte ✓ dentition ✓ fonction dentaire ✓  
 Incompréhension de: l'état buccodentaire \_\_\_\_\_ soins buccodentaires \_\_\_\_\_ Histoire dentaire (Q8) \_\_\_\_\_  
 Déficit de prise en charge de: la santé buccodentaire \_\_\_\_\_ l'alimentation \_\_\_\_\_ tabagisme \_\_\_\_\_

### 3. Planification en hygiène dentaire

**Moyens pour expliquer la condition buccale du client**

Visualisation des problèmes       Caméra intrabuccale \_\_\_\_\_  
 Microscope \_\_\_\_\_      Cahier de prévention \_\_\_\_\_  
 Sonde \_\_\_\_\_      Cessation tabagique \_\_\_\_\_  
 Modèle d'études \_\_\_\_\_      Indice de plaque   
 Relevé alimentaire \_\_\_\_\_      Autres \_\_\_\_\_  
 Conseil alimentaire \_\_\_\_\_

A     B     C

Indice de plaque

**Éducation en santé buccodentaire**

Méth. brossage: coup route

Fréquence: 2 fois/jour (le matin et le soir)

Soie/fréquence: 5mm crêpe (1 fois/jour)

Adjuvants: \_\_\_\_\_

Agents topiques: \_\_\_\_\_

Conseil alimentaire: \_\_\_\_\_

Autres: Retirer les prothèses pour dormir.

**Objectif 1**

Pratiquer la méthode du coup route pour diminuer l'indice de plaque

Moyen → **Brossage**

D'ici le PRV  
Indice: I.P.

**Objectif 2**

Diminuer l'indice de plaque aux niveaux incisives inf.

Moyen → **Soie**

D'ici le PRV  
Indice: I.P.

**Séquence d'enseignement pour l'éducation en santé dentaire**

R-V 1: visualisation + explication des prob. I.S. I.P (lien cause/problème) ens. brossage + soie + prot.

R-V 2: réévaluation des prob. + I.S. + I.P (en comparaison) rectification brossage + soie.

R-V 3: \_\_\_\_\_

R-V 4: \_\_\_\_\_

**Planification des soins thérapeutiques et préventifs**

R-V 1: per rappelle, Ens, Det +

R-V 2: Ens, det +, sand + pol, Fl.

R-V 3: \_\_\_\_\_

R-V 4: \_\_\_\_\_

Consentement éclairé

1. Je consens à ce que les interventions en hygiène dentaire débutent telles que décrites précédemment.

2. Je reconnais avoir été consulté, avoir participé et avoir reçu les explications concernant les interventions en hygiène dentaire que l'on me propose.

3. J'ai eu l'opportunité de poser mes questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes pour les interventions qui me sont recommandées.

4. Je comprends qu'à chacun de mes rendez-vous, du temps sera accordé à mes habitudes personnelles d'hygiène dentaire, celles-ci influençant directement l'état de ma bouche.

5. Je comprends qu'il est possible que des changements soient apportés à mon plan d'intervention en hygiène dentaire et que le nombre de rendez-vous puisse être sujet à changements afin de recevoir un traitement complet et optimal. Le cas échéant, j'en serai informé.

Signature du client (ou responsable): \_\_\_\_\_

Complément aux besoins:

Possibilités de traitement:

**ANNEXE K**  
**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**



## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

**Titre du projet :** *Cartes conceptuelles et pensée critique en techniques d'hygiène dentaire au collégial*

**Chercheure principale :** Monique Delisle, HD, enseignante en techniques d'hygiène dentaire

**Lieu où se déroulera le projet :** Cégep Édouard-Montpetit de Longueuil

### **1. Introduction**

Il est important de bien lire et de comprendre le présent formulaire de consentement pour l'essai auquel nous vous demandons de participer. Prenez tout le temps nécessaire pour prendre votre décision. Vous pouvez consulter vos proches et vos amis avant de prendre votre décision. N'hésitez pas à poser en tout temps vos questions.

### **2. Description du projet d'essai**

Vous êtes invitée à participer à un projet d'essai parce que vous êtes en 3<sup>e</sup> année du programme d'hygiène dentaire et que vous faites des stages cliniques. L'étude porte sur la pensée critique en hygiène dentaire.

Le but de cet essai est de valider un instrument pédagogique : un plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle. Nous voulons vérifier l'efficacité de cette stratégie pédagogique (cartes conceptuelles) sur le développement de la pensée critique des stagiaires, dans leur plan d'intervention en hygiène dentaire.

Nous souhaitons recruter 4 participantes au collège Édouard-Montpetit dans le cadre de cet essai.

### **3. Nature de la participation**

La participation à ce projet consiste à créer un plan d'intervention en hygiène dentaire (PIHD) sous forme de carte conceptuelle, auprès de vos clients et clientes en stages cliniques. Ceci devrait prendre environ le même temps que pour exécuter le PIHD conventionnel, soit, une dizaine de minutes. Nous ferons l'exercice trois fois afin de bien vous familiariser avec le PIHD conceptuel et de vous permettre d'en saisir la portée.

#### **4. Bénéfices**

La participation à l'essai pourrait apporter des bienfaits aux participantes, car elle implique des exercices directement reliés à l'enseignement et aux apprentissages permettant d'acquérir les compétences nécessaires pour les évaluations. Les activités proposées dans le cadre de cette expérimentation constituent une occasion d'exercer et de développer des aptitudes de pensée critique, indispensables aux hygiénistes dentaires. De plus, les résultats obtenus pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans ce domaine.

#### **5. Risques et inconvénients**

Les personnes qui acceptent de participer à ce projet s'exposent à très peu de risques de vivre des inconvénients (douleurs physiques, inconfort, sentiment d'échec, peur irraisonnée et menace posée à l'identité (Fortin, 2010). Les personnes participantes sont invitées à donner leur opinion sur un sujet touchant la stratégie d'enseignement et la pensée critique uniquement.

#### **6. Participation volontaire et droit de retrait**

Votre participation à ce projet d'essai est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons. Vous n'avez qu'à communiquer verbalement votre décision à la chercheuse principale ou à l'un des membres de son équipe.

Vous pourrez demander le retrait des données qui vous concernent, tant qu'elles n'auront pas été rendues anonymes. Une fois cette opération effectuée, il ne sera plus possible de relier votre nom à des données en particulier. Il ne sera donc plus possible de retirer les informations qui vous concernent.

Votre décision de ne pas participer, ou de vous retirer de l'essai, n'aura aucun impact sur vos résultats académiques (notes), ni sur vos relations avec la chercheuse ou vos professeurs.

En acceptant de participer à ce projet, vous ne renoncez à aucun de vos droits, ni ne libérez la chercheuse, l'organisme subventionnaire ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

#### **7. Remboursement des dépenses et compensations**

Vous ne recevrez aucun remboursement de vos dépenses, ni aucune autre forme de compensation pour votre participation à cette essai. Aucun bonus sur les notes, aucun crédit, ni aucune autre forme d'avantage académique ne sera accordé en échange de la participation à l'essai.

## **8. Confidentialité**

Durant votre participation à ce projet, la chercheuse principale et son équipe recueilleront et consigneront dans un dossier, des renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Ces renseignements sont les suivants : les PIHD exécutés sous forme de carte conceptuelle, le questionnaire et vos commentaires. Tous les renseignements recueillis demeureront strictement confidentiels.

Afin de protéger votre identité au cours de l'essai, vous ne serez identifiée que par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à vos données sera conservée par Monique Delisle.

Les copies des questionnaires et des PIHD seront conservées au domicile de la chercheuse, dans un classeur sous clé. Les données seront inscrites dans un fichier informatique, dans un ordinateur protégé par un mot de passe. Seule la chercheuse aura accès à ces données. Les questionnaires seront détruits 12 mois après la fin de ce projet d'essai.

Les résultats de cet essai pourront être diffusés dans des rapports, des publications ou des conférences, mais il ne sera pas possible de vous identifier.

## **9. Utilisation secondaire des données**

Les données ne seront utilisées qu'aux fins de l'essai décrit dans le présent formulaire d'information et de consentement. La chercheuse principale et son équipe s'engagent à ne faire aucun autre usage des informations que vous fournirez.

## **10. Accès aux résultats généraux de l'essai**

Vous pourrez prendre connaissance des résultats de l'étude en consultant le site web suivant <http://www.usherbrooke.ca/>, à partir de janvier 2015.

## **11. Surveillance des aspects éthiques de l'essai**

La directrice d'essai, Mme Bergevin a approuvé ce projet d'essai et en assure le suivi. De plus, elle approuvera au préalable toute modification apportée à l'essai ou aux documents qui s'y rapportent.

## **12. Personnes-ressources**

Si vous avez des questions au sujet de ce projet d'essai, vous pouvez communiquer avec Monique Delisle, enseignante au Cégep Édouard-Montpetit  
450-679-2631 poste 5745  
[monique.delisle@cegepmontpetit.ca](mailto:monique.delisle@cegepmontpetit.ca)

Si vous avez des questions sur vos droits en tant que participant, ou sur les aspects éthiques de ce projet d'essai, vous pouvez communiquer avec Mme Hélène Bergevin, à l'adresse suivante : [hbergevin@videotron.ca](mailto:hbergevin@videotron.ca).

### **Consentement du participant**

J'ai pris connaissance du formulaire d'information et de consentement. Je reconnais qu'on m'a expliqué le projet, qu'on a répondu à toutes mes questions et qu'on m'a laissé le temps voulu pour prendre une décision.

Je sais que je suis libre de participer au projet ou non et que je demeure libre de m'en retirer, sans préjudice. Je consens à participer à ce projet d'essai aux conditions énoncées plus haut.

Une copie signée et datée du présent formulaire d'information et de consentement m'a été remise.

---

Nom du participant (en caractères d'imprimerie)

---

Signature du participant

---

Date

Je certifie qu'on a expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement, que l'on a répondu à toutes ses questions et qu'on lui a clairement indiqué qu'il demeure libre de mettre fin à sa participation, sans préjudice. Je m'engage, avec l'équipe d'essai, à respecter tout ce qui a été convenu au formulaire d'information et de consentement et à en remettre une copie signée au participant.

---

Nom du chercheur principal (en caractères d'imprimerie)

---

Signature du chercheur principal

---

Date

### **ENGAGEMENT DE LA DIRECTION D'ESSAI**

J'atteste que les informations contenues dans ce formulaire ont été communiquées de bonne foi par \_\_\_\_\_

Nom de la directrice d'essai :

---

Signature :

Date :

**ANNEXE L**  
**GRILLE D'APPRÉCIATION DES STAGIAIRES PARTICIPANTES**



## GRILLE D'APPRÉCIATION DES STAGIAIRES PARTICIPANTES

### **But de l'expérimentation :**

Valider la stratégie pédagogique consistant à réaliser le plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle. Cette stratégie pédagogique favorise la pensée critique des étudiantes et étudiants, à partir du modèle de pratique en hygiène dentaire.

1. Le modèle de pratique de l'hygiène dentaire représente un cadre de travail de résolution de problème et de pensée critique qui constitue la norme professionnelle de référence pour la prise de décisions par les hygiénistes dentaires. Il est composé de 5 étapes : l'évaluation, le diagnostic en hygiène dentaire, la planification, la mise en œuvre et la réévaluation (cette dernière étape ne sera pas évaluée ici, puisqu'elle est exécutée lors de la visite subséquente du client).
2. Attitudes et normes

Pour chaque question, cochez.

Le PIHD sous forme de carte conceptuelle vous a permis d'utiliser vos connaissances spécialisées en hygiène dentaire pour :	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Ne sait pas	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
<b>L'évaluation</b>					
1. Recueillir les données complètes sur l'état de santé générale, buccodentaire et psychosociale de la cliente ou du client.					
2. Faire preuve de jugement professionnel en concordance avec l'éthique et la déontologie professionnelles.					
3. Identifier les risques et les contre-indications en se fondant sur l'interprétation de l'anamnèse et les données cliniques.					
4. Utiliser les indices appropriés pour l'identification et la surveillance des personnes à risque élevé de problèmes de santé buccodentaire.					
5. Reconnaître l'influence des déterminants de la santé sur l'état buccodentaire.					
6. Communiquer avec d'autres professionnels de la santé lorsque nécessaire.					
7. Déterminer auprès de la cliente ou du client les obstacles perçus et leur ouverture face à l'apprentissage lors de l'enseignement des mesures préventives.					
8. Évaluer le niveau de connaissances de la cliente ou du client en matière de santé buccodentaire, en tenant compte de ses croyances, attitudes et habiletés lors de l'enseignement des mesures préventives.					
9. Évaluer la motivation de la cliente ou du client pour atteindre et maintenir sa santé buccodentaire et générale.					
10. Évaluer les besoins d'informations ou d'acquisition d'habiletés spécifiques de la cliente ou du client pour atteindre et maintenir sa santé buccodentaire et générale.					
11. Adapter l'enseignement des mesures préventives en fonctions des capacités de la cliente ou du client.					
<b>Le diagnostic en hygiène dentaire</b>					
12. Fournir au client ou à la cliente une représentation visuelle des affections qui le ou la concernent.					
13. Questionner la cliente ou le client sur sa compréhension de ses affections buccales et sur les causes de celles-ci.					
14. Communiquer les résultats prévus des options de traitement.					
15. Répondre aux questions de la cliente ou du client pour assurer sa compréhension intégrale de l'affection en cause.					
16. Recommander la participation d'autres professionnels de la santé buccodentaire ou référer à ces dernier lorsque requis.					
17. Assurer que le diagnostic d'hygiène dentaire soit fondé sur une évaluation appropriée.					
<b>La planification</b>					
18. Déterminer les besoins prioritaires de la cliente ou du client.					
19. Développer le plan de soins en hygiène dentaire fondé sur des données cliniques, en utilisant une approche centrée sur la cliente ou le client.					
20. Développer le plan de soins en hygiène dentaire fondé sur des données cliniques, en tenant compte des meilleures ressources disponibles.					
21. Mettre en œuvre des services adaptés aux besoins particuliers des individus, des familles, des organisations et des communautés en se basant sur les meilleures pratiques					
22. Aider la cliente ou le client à se fixer des objectifs réalistes et mesurables afin d'optimiser son état de santé buccodentaire.					
23. S'assurer que la cliente ou le client comprenne l'engagement personnel requis pour atteindre les meilleurs résultats.					
<b>La mise en œuvre</b>					
24. Appliquer les théories appropriées pour amorcer un changement.					
25. Renforcer les capacités de la cliente ou du client à améliorer sa santé en lui allouant du temps pour pratiquer une nouvelle compétence avec son aide.					
26. Inclure les clients, leur famille et les aides-soignantes dans le processus d'éducation, lorsque la situation s'y prête.					
27. Donner des conseils, aider la cliente ou le client à développer des habiletés en santé buccodentaires et les guider pendant le processus d'apprentissage.					

28. Le plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle est une stratégie pédagogique ayant pour but de développer la pensée critique.

Croyez-vous avoir développé les attitudes de la pensée critique énumérées ci-dessous, en réalisant le PIHD sous forme de carte conceptuelle?

Attitude reliées à la pensée	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Ne sait pas	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Confiance					
2. Autonomie					
3. Impartialité (Qui n'exprime aucun parti pris <sup>5</sup> : synonymes : neutralité, justice, objectivité)					
4. Responsabilité					
5. Initiative					
6. Discipline					
7. Persévérance					
8. Créativité					
9. Curiosité					
10. Intégrité					
11. Prudence					

---

<sup>5</sup> Larousse, 2000.

29. Relativement à chacune normes intellectuelles de la pensée critique, croyez-vous avoir mis à profit les normes intellectuelles suivantes, en réalisant votre PIHD sous forme de carte conceptuelle?

Normes reliées à la pensée critique	Fortement en désaccord	Plutôt en désaccord	Ne sait pas	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
1. Clarté					
2. Précision					
3. Spécificité					
4. Exactitude					
5. Pertinence					
6. Plausibilité (Plausible : qui peut être considéré comme vrai. Que l'on peut admettre comme valable <sup>6</sup> ).					
7. Cohérence					
8. Logique					
9. Profondeur					
10. Diversité					
11. Exhaustivité (exhaustif : qui épuise à fond un sujet <sup>7</sup> .)					
12. Adéquation (adaptation parfaite <sup>8</sup> )					
13. Souplesse					
14. Impartialité (Qui n'exprime aucun parti pris <sup>9</sup> : synonymes : neutralité, justice, objectivité)					

<sup>6</sup> Larousse, 2000.

<sup>7</sup> *Ibid.*

<sup>8</sup> *Ibid.*

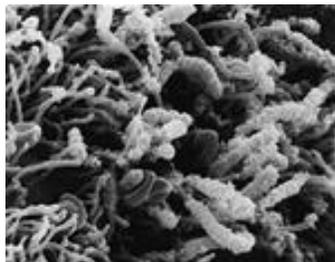
<sup>9</sup> *Ibid.*

Nous aimerions connaître vos impressions quant aux aptitudes de pensée critique mises à profit lors de l'exécution du plan d'intervention en hygiène dentaire sous forme de carte conceptuelle, comparativement avec celui que vous utilisez habituellement. Répondez aux questions suivantes au meilleur de votre connaissance.

Lorsque vous faites le PIHD <b>sous forme de carte conceptuelle</b> : à combien évaluez-vous vos aptitudes de pensée critique pour :	Faible	Plutôt faible	Moyen	Élevé	Très élevé
30. faire des liens entre la santé générale, les problèmes buccodentaires et leurs causes/facteurs contribuant du client?					
31. donner au client des conseils adaptés à sa santé générale, ses problèmes buccodentaires et leurs causes/facteurs contribuant?					
32. donner des conseils adaptés au client, en fonction de ses habitudes d'hygiène, son alimentation et autres habitudes de consommation?					
<b>Le PIHD conventionnel</b> (celui que vous utilisez habituellement)  Lorsque vous faites le PIHD <b>conventionnel</b> , à combien évaluez-vous votre capacité à :					
33. faire des liens entre la santé générale, les problèmes buccodentaires et leurs causes/facteurs contribuant du client?					
34. donner au client des conseils adaptés à sa santé générale, ses problèmes buccodentaires et leurs causes/facteurs contribuant?					
35. donner des conseils adaptés au client, en fonction de ses habitudes d'hygiène, son alimentation et autres habitudes de consommation?					

**ANNEXE M**  
**EXTRAIT DU CAHIER DE PRÉVENTION**

## PLAQUE DENTAIRE

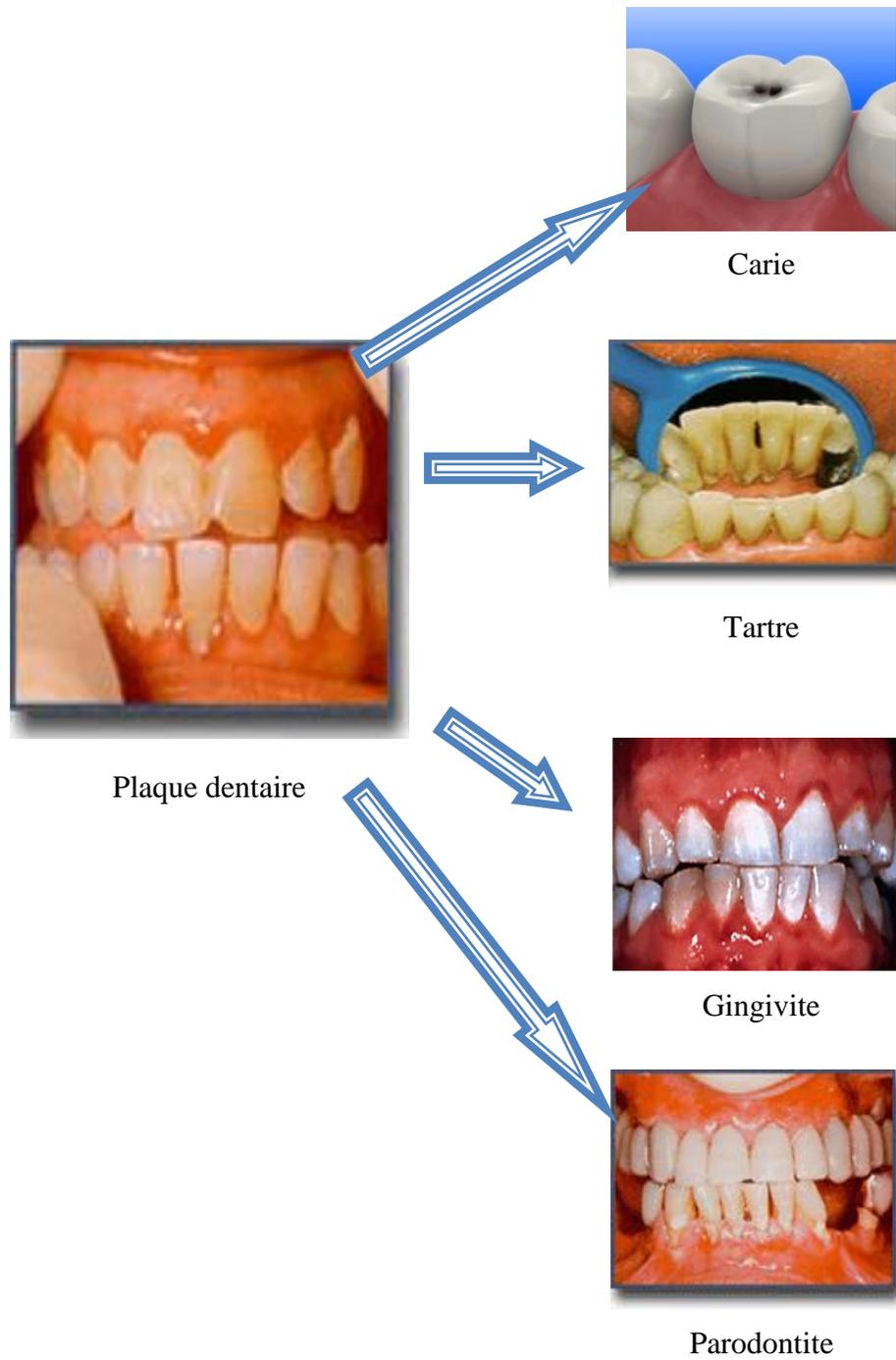


La plaque dentaire<sup>10</sup> (ou biofilm dentaire) est un dépôt mou et invisible. C'est un amas complexe bien organisé de colonies bactériennes maintenues ensemble par une substance intercellulaire.

---

<sup>10</sup> Source : [http://www.ohdq.com/sant%C3%A9-buccodentaire/probl%C3%A8mes-buccodentaires/biofilm-\(plaque-dentaire\)](http://www.ohdq.com/sant%C3%A9-buccodentaire/probl%C3%A8mes-buccodentaires/biofilm-(plaque-dentaire))

## CONSÉQUENCES DE LA PLAQUE DENTAIRE<sup>11</sup>



<sup>11</sup> Source: [www2.college-em.qc.ca/prof/mverdon/](http://www2.college-em.qc.ca/prof/mverdon/)

## TARTRE DENTAIRE

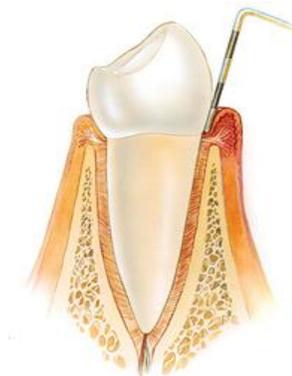


Le tartre<sup>12</sup> dentaire est un dépôt dur qui se forme sur les dents et leurs racines. Il ne peut pas être enlevé par la brosse à dents et la soie dentaire. Le tartre est de la plaque dentaire qui s'est calcifiée.

---

<sup>12</sup> Source : wikipédia et [www2.college-em.qc.ca/prof/mverdon](http://www2.college-em.qc.ca/prof/mverdon)

## GINGIVITE<sup>13</sup>



La gingivite est une inflammation de la gencive.  
Lors de la gingivite, la gencive devient rouge,  
lisse et gonflée et peut saigner.  
Le contour gingival est altéré.

---

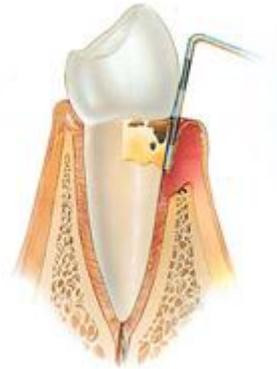
<sup>13</sup>Source :

Illustration : Laboratoires Oral-B

Photo : Dr Éric Lacoste, B.Sc., D.M.D., M.Sc., S.R.C.D.(C)

<http://www.ohdq.com/sant%C3%A9-buccodentaire/probl%C3%A8mes-buccodentaires/gingivite>

## PARODONTITE<sup>14</sup>



La parodontite est une maladie irréversible qui affecte le tissu de support de la dent.  
 Elle se caractérise par une destruction osseuse (poche parodontale)  
 et par une inflammation de la gencive.  
 Elle est principalement causée par l'accumulation plaque dentaire sous la gencive.

### Évolution



Débutante



Modérée



Avancée

Cette destruction de l'os de support des dents peut entraîner la mobilité dentaire et causer la perte des dents.

<sup>14</sup> Source : <http://www.intelligentdental.com/2009/12/11/chronic-adult-periodontitis-cause-and-symptoms/>  
 Illustrations : Laboratoires Oral-B Photos : Dr Éric Lacoste, B.Sc., D.M.D., M.Sc., S.R.C.D.(C)  
<http://www.ohdq.com/sant%C3%A9-buccodentaire/probl%C3%A8mes-buccodentaires/parodontite>

## CARIE DENTAIRE



La carie dentaire est maladie infectieuse de la dent qui endommage sa structure.  
Elle se caractérise par une déminéralisation de la dent.

### LOCALISATION –TYPES DE CARIES<sup>15</sup>



**CARIE OCCLUSALE**



**CARIE ENTRE LES DENTS**

**CARIE DU COLLET**

<sup>15</sup> Illustrations : Laboratoires Oral-B  
Tiré du site web : <http://www.ohdq.com/sant%C3%A9-buccodentaire/probl%C3%A8mes-buccodentaires/carie-dentaire>

**ANNEXE N**  
**CANEVAS D'ENTREVUE**



## CANEVAS D'ENTREVUE

### Questions d'entrevues

1. Que pensez-vous personnellement du PIHD sous forme de carte conceptuelle?
2. Quelle est votre appréciation personnelle de cette approche, notamment en termes de motivation, de défi intellectuel, de clarté, d'approfondissement?
3. Avez-vous l'impression que cet exercice vous a fait progresser sur le plan intellectuel?
4. Comment?
5. Pourquoi?
6. Y a-t-il des changements que vous suggérez d'apporter au PIHD sous forme de carte conceptuelle?
7. Entre le PIHD conventionnel et celui sous forme de carte conceptuelle, lequel préférez-vous utiliser?
8. Pourquoi?
9. Parmi les 2 PIHD, y en a-t-il un qui vous permet de développer davantage votre pensée critique selon vous?
10. Lequel?
11. Pourquoi?
12. Lorsque vous réalisez le PIHD sous forme de carte conceptuelle, croyez-vous que votre plan d'intervention en hygiène dentaire vous permet de répondre aux besoins humains fondamentaux en hygiène dentaire de façon adaptée au client ou à la cliente que vous traitez?
13. Lorsque vous réalisez le PIHD conventionnel, croyez-vous que votre plan d'intervention en hygiène dentaire vous permet de répondre aux besoins humains fondamentaux en hygiène dentaire de façon adaptée au client ou à la cliente que vous traitez?

14. Dans la perspective d'adapter son plan d'intervention aux besoins fondamentaux en hygiène dentaire du client. Est-ce que les deux formes de PIHD s'équivalent?
15. Si non, lequel permet davantage d'adapter son plan d'intervention aux besoins du client ou de la cliente?
16. Pourquoi?
17. Quels sont les avantages et les inconvénients du PIHD sous forme de carte conceptuelle?
18. Quels sont les avantages et les inconvénients du PIHD conventionnel?
19. Y a-t-il d'autres informations que vous aimeriez mentionner?
20. Croyez-vous que nous pourrions utiliser le PIHD sous forme de carte conceptuelle dès le premier stage?

Merci beaucoup pour votre participation.

**ANNEXE O**  
**CAS 1**  
**QUESTIONNAIRE MÉDICAL ET DENTAIRE, DÉPISTAGE ET PIHD**  
**SOUS FORME DE CARTE CONCEPTUELLE**



Questionnaire médical et dentaire

**histoire médicale**

- |  | Oui                      | Non                                 |
|--|--------------------------|-------------------------------------|
| 1. Êtes-vous actuellement sous les soins d'un médecin? Si oui, pourquoi? _____   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 2. Prenez-vous des médicaments avec ou sans ordonnance? Si oui, lesquels? (au bas de la page)                                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 3. Prenez-vous des produits naturels? Si oui, lesquels? (au bas de la page)  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 4. Êtes-vous actuellement suivi par un diététiste ou un nutritionniste au sujet de votre alimentation? Si oui, pourquoi? _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5. Êtes-vous enceinte _____  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

**Avez-vous souffert ou souffrez-vous de ...?**

- |   |                          |                                     |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| 6. Arthrite _____                                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 7. Anémie _____                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8. Asthme _____                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 9. Tuberculose _____                                | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10. Diabète _____                                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 11. Troubles de la thyroïde _____                   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 12. Hépatite _____                                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 13. Jaunisse _____                                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 14. Cirrhose _____                                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15. Infections transmises sexuellement (ITSS) _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16. Fièvre rhumatismale _____                       | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17. Infarctus _____                                 | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 18. Insuffisance cardiaque _____                    | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 19. Angine de poitrine _____                        | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 20. Souffle cardiaque _____                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 21. Cholestérolémie _____                           | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 22. Haute ou basse pression                         | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Résultats \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

- |                            |                          |                                     |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| 23. Troubles du rein _____ | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
|----------------------------|--------------------------|-------------------------------------|

**Liste des médicaments**

Nom (s)	Indication (s)	Effet(s) secondaire(s)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Produits naturels**

_____	_____	_____
_____	_____	_____

- |   | Oui                                     | Non                                 |
|---|---|-------------------------------------|
| 24. Troubles nerveux _____  | <input type="checkbox"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 25. Épilepsie _____   | <input type="checkbox"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 26. Mononucléose _____  | <input type="checkbox"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 27. Êtes-vous atteint (e) du Sida? _____  | <input type="checkbox"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 28. Êtes-vous séro positif (ve) au test du Sida? _____                                      | <input type="checkbox"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 29. Avez-vous déjà subi des traitements de radiothérapie et/ou de chimiothérapie? _____     | <input type="checkbox"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 30. Avez-vous fait usage de tabac au cours de la dernière année? _____                      | <input type="checkbox"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 31. Si oui, acceptez-vous que l'on vous parle de cessation tabagique? _____                 | <input type="checkbox"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 32. Avez-vous une prothèse cardiaque? _____   | <input type="checkbox"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 33. Avez-vous une prothèse articulaire (hanche, genou etc.)? _____                          | <input type="checkbox"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 34. Avez-vous déjà fait une réaction allergique ou défavorable aux produits suivants? _____ | <input type="checkbox"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="radio"/> Aliments _____  |   |                                     |
| <input type="radio"/> Aspirine  | <input type="radio"/> Iode              |                                     |
| <input type="radio"/> Codéine   | <input type="radio"/> Latex             |                                     |
| <input type="radio"/> Pénicilline   | <input type="radio"/> Anesthésie locale |                                     |
| <input type="radio"/> Autres _____  |   |                                     |
| 35. Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale? Si oui, laquelle? _____              | <input type="checkbox"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 36. Avez-vous besoin de prendre des antibiotiques avant un traitement dentaire? _____       | <input type="checkbox"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 37. Avez-vous voyagé à l'étranger au cours du dernier mois? _____                           | <input type="checkbox"/>                | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 38. Autres renseignements pertinents? _____   |   |                                     |

**Précautions**

**Histoire dentaire**

1. Dernière visite chez le dentiste : 0-6 mois  6-12 mois  plus de 12 mois  plus de 2 ans
2. À quand remontent vos dernières radiographies dentaires? + 2 ans
3. Comment évaluez-vous votre santé buccodentaire actuelle : Bonne  Moyenne  Mauvaise
4. Que pensez-vous de votre sourire? Moyen
5. Généralement, comment vous sentez-vous avant vos visites? 3/5
6. Pratiquez-vous un sport de contact? Oui  Non  Si oui, lequel : \_\_\_\_\_  
Portez-vous un protecteur buccal sur mesure oui  non
7. Avez-vous des parties de votre bouche ou des dents qui sont sensibles? Non  Si oui, à quoi :  
À la chaleur  au froid  au sucre  au brossage  ou à la pression  autre
8. Êtes-vous en accord ou en désaccord avec l'énoncé suivant? La santé buccale affecte l'état de santé générale  
En accord  en désaccord  je ne sais pas
9. **Avez-vous déjà eu :**
- |                          | Oui                      | Non                                 |                                   | Oui                      | Non                                 |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| Traitement orthodontique | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Prothèses partielles ou complètes | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Couronne et/ou pont      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Implant dentaire                  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Traitement de canal      | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Traitement parodontal             | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Chirurgie de la mâchoire | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Chirurgie des gencives (greffe)   | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
- Vous est-il arrivé de ou vous arrive-t-il de :**
- |   | Oui                      | Non                                 |   | Oui                      | Non                                 |
|---|--------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------|-------------------------------------|
| Serrer les dents ou grincer des dents pendant le jour et/ou la nuit | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Avoir des douleurs à l'oreille ou au visage, ou des maux de tête inhabituels  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avoir un mauvais goût en bouche                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Entendre des craquements lorsque vous mâchez ou ouvrez grand la bouche  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Respirer par la bouche  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Avoir des saignements lorsque vous brossez vos dents ou lorsque vous utilisez la soie dentaire  | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Avoir de la difficulté à avaler                                     | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | Avez-vous d'autres habitudes buccales (ou déjà eues) :  |                          |                                     |
|   |                          |                                     | sucer le pouce <input type="checkbox"/> ronger les ongles <input type="checkbox"/> mordre les lèvres <input type="checkbox"/>             |                          |                                     |
|   |                          |                                     | mordre la langue <input type="checkbox"/> mordre les joues <input type="checkbox"/> grand consommateur d'agrumes <input type="checkbox"/> |                          |                                     |
|   |                          |                                     | grand consommateur de boissons gazeuses / énergisantes <input type="checkbox"/>   |                          |                                     |
|   |                          |                                     | autres habitudes : _____  |                          |                                     |

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

1. Je déclare que les renseignements que j'ai fournis au sujet de mon histoire médicale et dentaire sont exacts
2. À chaque rendez-vous, je m'engage à mentionner toute modification de mon état de santé suite à une consultation médicale, à une hospitalisation, à un nouveau diagnostic ou à un changement de médication
3. Je reconnais avoir pris connaissance du formulaire « Bienvenue à la clinique d'hygiène dentaire du collège Édouard-Montpetit » et j'accepte les règles et les modalités de fonctionnement en vigueur à la clinique-école
4. Je comprends et j'accepte d'être référé, pour certains traitements, chez un dentiste ou tout autre professionnel de la santé dentaire
5. **Sous le sceau de la confidentialité, je comprends et j'accepte que mon dossier puisse être étudié à des fins pédagogiques par des organismes responsables de la qualité du programme d'enseignement en Techniques d'hygiène dentaire ou par d'autres organismes du système professionnel.**

**Signature du client ou du responsable**

Signature du client (RV1) _____	Date	<u>04/04/14</u>	
Signature du client (RV2) _____	Date	<u>16/04/14</u>	Initiales cl. <u>to.</u>
Signature du client (RV3) _____	Date	_____	Initiales cl. _____
Signature du client (RV4) _____	Date	_____	Initiales cl. _____
Signature du clinicien <u>M. Perron</u>	Date	<u>04 avril 2014</u>	
Signature du dentiste <u>D. Delisle</u>	Date	<u>2014/04/04</u>	

**Espace réservé à l'étudiant BESOINS HUMAINS ET FONDAMENTAUX****État de santé générale**

1. Début ou poursuite des traitements sont contre-indiqués en raison des antécédents médicaux  des données cliniques
2. Pertinence des services dentaires est compromise en raison de la nécessité de communiquer avec un autre professionnel

**État de santé dentaire**

Sourire (Q 4)  Anxiété/stress (Q 5)  Sport de contact (Q 6)

Douleur (Q 7)  Produits tabagiques (Q 29-30)

**Incompréhension**

(Q 8)

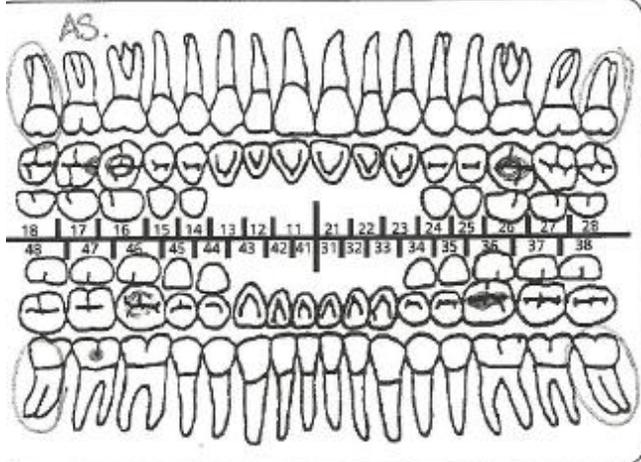


**CLINIQUE D'HYGIÈNE DENTAIRE**  
**DÉPISTAGE BUCCODENTAIRE**

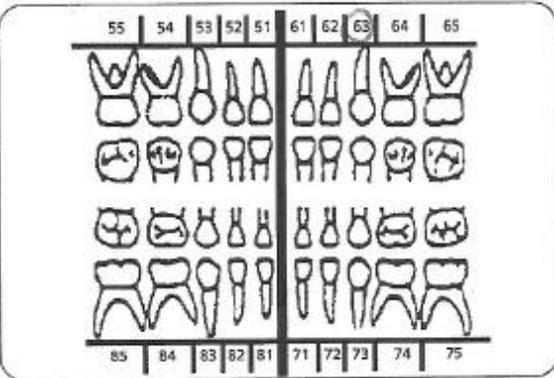
Nom du client \_\_\_\_\_ Date 14/04/04

**Examen extrabuccal**

- 1. Visage, peau \_\_\_\_\_
- 2. A.T.M. craquements, déviation droite
- 3. Glandes salivaires \_\_\_\_\_
- 4. Ganglions \_\_\_\_\_
- 5. Cou \_\_\_\_\_
- 6. Autre \_\_\_\_\_



Classe de S. P. P. I



**Cavité buccale**

- 1. Lèvres chélite
- 2. Muqueuses gr. d. fora
- 3. Vestibule fren sup. péc.
- 4. Palais dur profond
- 5. Palais mou \_\_\_\_\_
- 6. Oropharynx épi
- 7. Plancher buccal ton
- 8. Langue varices sublinguales, blanchâtre

**Dents**

- 1. Décalcifications \_\_\_\_\_
- 2. Hypocalcifications \_\_\_\_\_
- 3. Hypoplasie \_\_\_\_\_
- 4. Attrition \_\_\_\_\_
- 5. Abrasion \_\_\_\_\_
- 6. Érosion \_\_\_\_\_
- 7. Douleur \_\_\_\_\_
- 8. Sensibilité à la percussion \_\_\_\_\_
- 9. Autre \_\_\_\_\_

**Dépôts**

- 1. Taches : léger  modéré  généralisé
- 2. Tartre : supra : léger  modéré  généralisé   
sous : léger  modéré  généralisé

**Prothèses**

PPA \_\_\_\_\_ Type \_\_\_\_\_ PC  Haut  
Année de confection \_\_\_\_\_  Bas

tudiant : \_\_\_\_\_ Clinicien : Suzanne Delisle

### Parodonte

#### Gencives

**1. Couleur**

Rouge \_\_\_\_\_

Rouge vif \_\_\_\_\_

Rouge violacé \_\_\_\_\_

Blanc \_\_\_\_\_

Combinaison \_\_\_\_\_

**2. Forme**

Festons \_\_\_\_\_

Hyperplasie \_\_\_\_\_

**3. Consistance**

Songieuses \_\_\_\_\_

Fibreuses \_\_\_\_\_

Combinaison \_\_\_\_\_

**4. Contour**

Récessions \_\_\_\_\_

Fissures \_\_\_\_\_

Cratères gingivaux \_\_\_\_\_

**5. Gencive attachée**

Absente \_\_\_\_\_

Étroite \_\_\_\_\_

**6. Douleur** \_\_\_\_\_

**7. Exsudat purulent** \_\_\_\_\_

**8. Autre** \_\_\_\_\_

**9. Indice de saignement** *moins de 8 ans.*

Dents	Valeurs	IS bénin = 0,0 à 1,0
16		IS modéré = 1,1 à 2,0
21		IS sévère = 2,1 à 3,0
24		
36		
41		
44		
Total		

IS = Total des valeurs = \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_  
 Nombre de dents

B	
M	
S	

**10. Poche gingivale** oui  \_\_\_\_\_

**11. Indice PSR** *moins de 8 ans.*


Dossier de paro

### Diagnostic du dentiste

Inclusion des (8) *manque 33 et 43*

AS: 17M.

Persistance de la 63.

63 à extraire.

260 : canie.

Cherchement inférieur.

Gencive attachée étroite 33 et 43: AS.

Signature : \_\_\_\_\_

### Alimentation et santé buccodentaire

Condition buccale présente reliée :

carie  paro  érosion

autre \_\_\_\_\_

Clientèle à risque : \_\_\_\_\_

Suivi par un professionnel pour son alimentation : OUI  NON

### Examen radiologique

#### 1. Résorptions osseuses de la crête alvéolaire

Horizontales

débutantes \_\_\_\_\_

modérées \_\_\_\_\_

avancées \_\_\_\_\_

Verticales

débutantes \_\_\_\_\_

modérées \_\_\_\_\_

avancées \_\_\_\_\_

#### 2. Élargissements de l'espace parodontal

\_\_\_\_\_

#### 3. Absence de la lamina dura

\_\_\_\_\_

#### 4. Autre 18-28-38-48 non-éruptées

#### 5. Furcations

Classe III \_\_\_\_\_

Classe II \_\_\_\_\_

#### Furcation

Classe I \_\_\_\_\_

### Occlusion

#### 1. Contacts proximaux

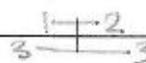
Forts \_\_\_\_\_

Faibles \_\_\_\_\_

#### 2. Alignement dans l'arcade

Inclinées \_\_\_\_\_

Chevauchées \_\_\_\_\_



Rotations \_\_\_\_\_

#### 3. Occlusion : Classe : C : D : I G : I

M : D : I G : I

Surplomb vertical 40 %

Surplomb horizontal 5 mm

Crêtes marginales inégales \_\_\_\_\_

Occ. croisées \_\_\_\_\_

Occ. ouvertes \_\_\_\_\_

Bout à bout \_\_\_\_\_

#### 4. Autre

#### Besoins humains fondamentaux

Intégrité : peau, muqueuse, parodonte	✓	Intégrité : dentition saine, fonctionnelle	✓
Lésion extra et intrabuccale		Affection carieuse	✓
Lésion douteuse (tumorale)		Obturation défectueuse	
Récession / fissure / feston hyperplasie	✓	Dent manquante	
Inflammation gingivale	✓	Attrition / abrasion / érosion	✓
Problème muco-gingival	✓	Fracture	
Saignement au sondage		Mobilité	
Poche		Prothèse inadéquate	
Sécheresse buccale/xérostomie		Lésion périapicale	
Signe radiologique anormal		Malocclusion	
Autre		Autre	

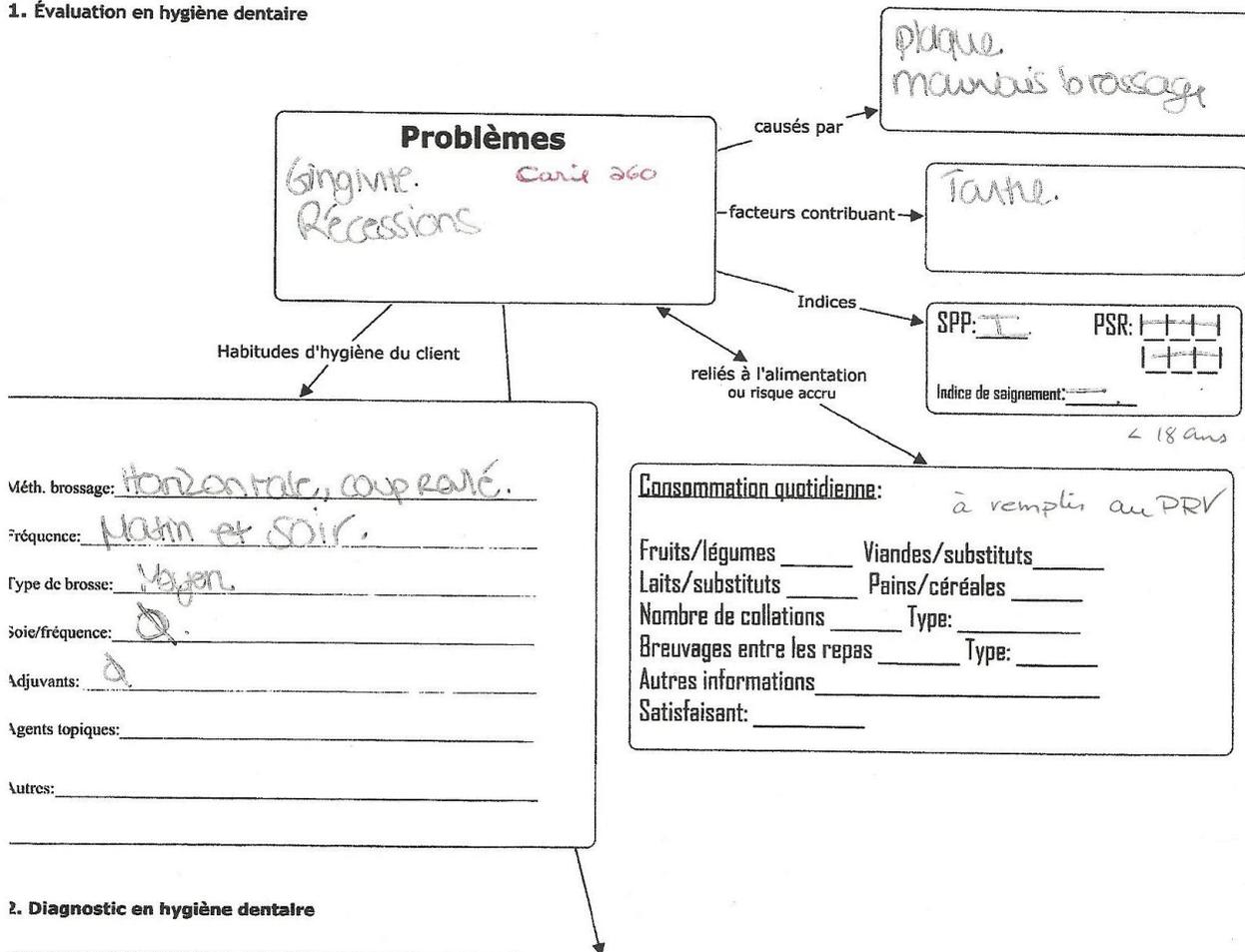
Legep Édouard-Montpetit  
Clinique d'hygiène dentaire  
Plan d'intervention en hygiène dentaire

Étudiante: \_\_\_\_\_

Enseignante HD: MD

Client(e): \_\_\_\_\_  
Date: 4/10/10

1. Évaluation en hygiène dentaire



2. Diagnostic en hygiène dentaire

**Besoins humains fondamentaux non comblés:**

Risque lié à l'état de santé générale: \_\_\_\_\_  
Insatisfaction de l'apparence (Q4): \_\_\_\_\_  
Stress/anxiété: \_\_\_\_\_  
Risque lié à l'état de santé dentaire: \_\_\_\_\_  
Douleur: \_\_\_\_\_  
Atteinte à l'intégrité de: peau \_\_\_\_\_ muqueuses \_\_\_\_\_ parodonte  dentition  fonction dentaire \_\_\_\_\_  
Incompréhension de: l'état buccodentaire \_\_\_\_\_ soins buccodentaires \_\_\_\_\_ Histoire dentaire (Q8)   
Déficit de prise en charge de: la santé buccodentaire \_\_\_\_\_ l'alimentation \_\_\_\_\_ tabagisme \_\_\_\_\_

### 3. Planification en hygiène dentaire

**Moyens pour expliquer la condition buccale du client**

Visualisation des problèmes   
 Microscope \_\_\_\_\_  
 Sonde \_\_\_\_\_  
 Modèle d'études \_\_\_\_\_  
 Relevé alimentaire \_\_\_\_\_  
 Conseil alimentaire \_\_\_\_\_

Caméra intrabuccale \_\_\_\_\_  
 Cahier de prévention \_\_\_\_\_  
 Cessation tabagique \_\_\_\_\_  
 Indice de plaque   
 Autres \_\_\_\_\_

A  B  C

Indice de plaque

**Éducation en santé buccodentaire**

Méth. brossage: Bross modification.  
 Fréquence: 2 fois par jour.  
 Soie/fréquence: 1 fois par jour.  
 Adjuvants: \_\_\_\_\_  
 Agents topiques: \_\_\_\_\_  
 Conseil alimentaire: \_\_\_\_\_  
 Autres: \_\_\_\_\_

Moyen → Soie, 3 fois par semaine

**Objectif 1**  
Diminuer la qté de biofilm aux interproximaux

D'où le PRV: \_\_\_\_\_  
 Indice: ID.

Moyen → \_\_\_\_\_

**Objectif 2**

D'où le \_\_\_\_\_  
 Indice: \_\_\_\_\_

**Séquence d'enseignement pour l'éducation en santé dentaire**

R-V 1 Visualisation des pics ID, Explication plaque, gingivite, nécessité brossage, soie.  
 R-V 2 Retour sur problèmes, comparatif ID, correction brossage et soie.  
 R-V 3 \_\_\_\_\_  
 R-V 4 \_\_\_\_\_

**Planification des soins thérapeutiques et préventifs**

R-V 1 Dép. Rx. Ens. Dct.  
 R-V 2 Éch. P.I.  
 R-V 3 \_\_\_\_\_  
 R-V 4 \_\_\_\_\_

Consentement éclairé

1. Je consens à ce que les interventions en hygiène dentaire débutent telles que décrites précédemment.  
 2. Je reconnais avoir été consulté, avoir participé et avoir reçu les explications concernant les interventions en hygiène dentaire que l'on me propose.  
 3. J'ai eu l'opportunité de poser mes questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes pour les interventions qui me sont recommandées.  
 4. Je comprends qu'à chacun de mes rendez-vous, du temps sera accordé à mes habitudes personnelles d'hygiène dentaire, celles-ci influençant directement l'état de ma bouche.  
 5. Je comprends qu'il est possible que des changements soient apportés à mon plan d'intervention en hygiène dentaire et que le nombre de rendez-vous puisse être sujet à changements afin de recevoir un traitement complet et optimal. Le cas échéant, j'en serai informé.

Signature du client (ou responsable) \_\_\_\_\_

Complément aux besoins: \_\_\_\_\_

Possibilités de traitement: 200 Amalgame ou composite

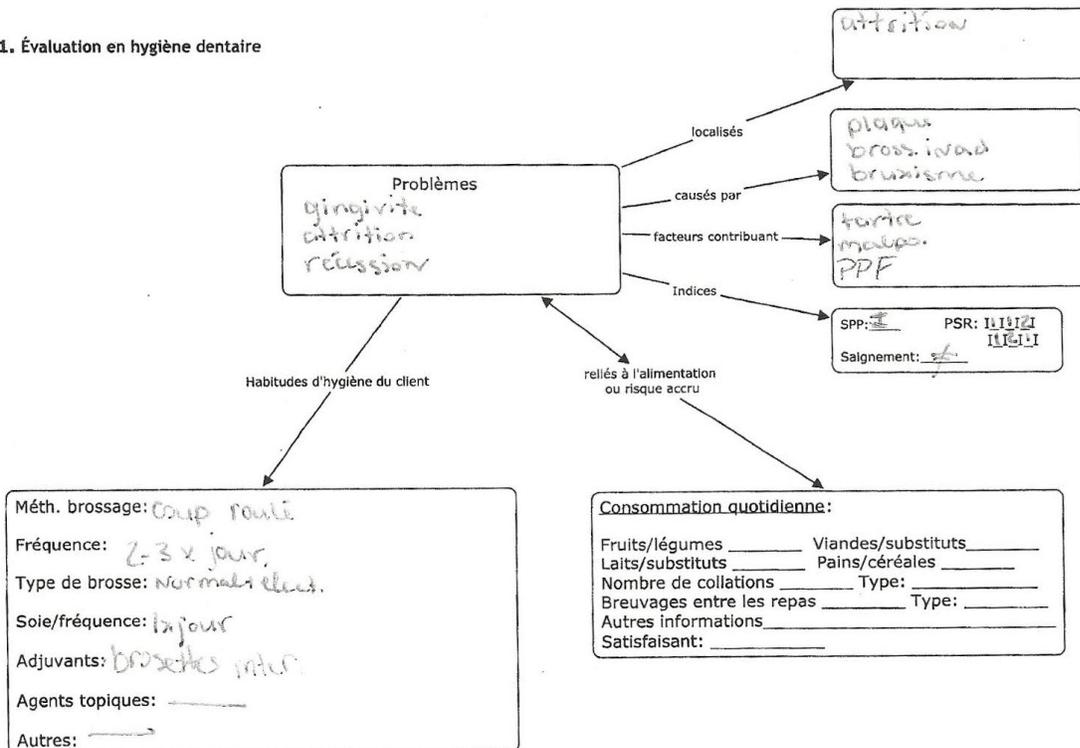


**ANNEXE P**  
**CAS 2**  
**PIHD SOUS FORME DE CARTE CONCEPTUELLE**



Client(e): \_\_\_\_\_  
Date: 14-03-28

1. Évaluation en hygiène dentaire



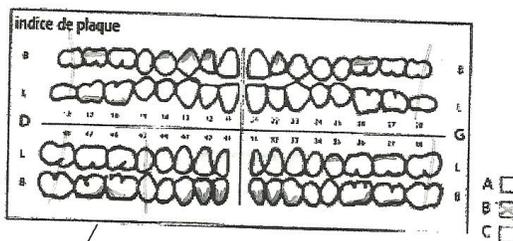
2. Diagnostic en hygiène dentaire

Besoins humains fondamentaux non comblés:  
 Risque lié à l'état de santé générale: \_\_\_  
 Insatisfaction de l'apparence (Q4): \_\_\_  
 Stress/anxiété: \_\_\_  
 Risque lié à l'état de santé dentaire: \_\_\_  
 Douleur:  froid, ok!  
 Atteinte à l'intégrité de: peau \_\_\_ muqueuses \_\_\_ parodonte  dentition  fonction dentaire \_\_\_  
 Incompréhension de: l'état buccodentaire \_\_\_ soins buccodentaires \_\_\_ Histoire dentaire (Q8) \_\_\_  
 Déficit de prise en charge de: la santé buccodentaire \_\_\_ l'alimentation \_\_\_ tabagisme \_\_\_

3. Planification en hygiène dentaire

**Moyens pour expliquer la condition buccale du client**

Visualisation des problèmes	Caméra intrabuccale
Microscope	Cahier de prévention
Sonde	Cessation tabagique
Modèle d'études	Indice de plaque
Relevé alimentaire	Autres
Conseil alimentaire	



**Éducation en santé buccodentaire**

Méth. brossage: ROSS M.

Fréquence: 3x/jour

Soie/fréquence: 1x/jour, circ.

Adjuvants: brassettes

Agents topiques: \_\_\_\_\_

Conseil alimentaire: \_\_\_\_\_

Autres: \_\_\_\_\_

Éducation en santé buccodentaire

**Objectifs 1**

↓ I.p. inc inf

Indice mesurable → I.p

moyen → "7" C. Soie à répétition brosse.

d'ici le → PRV

**Objectifs 2**

Stabiliser recess.

Indice mesurable → d.i.p

moyen → tenir la brosse légèrement

d'ici le → PRV

**Séquence d'enseignement pour l'éducation en santé dentaire**

R-V 1 visual prob, exp plaque, I.p. Recessions, brossage, soie

R-V 2 I.p. Is correctif brossage, soie

R-V 3 \_\_\_\_\_

R-V 4 \_\_\_\_\_

**Planification des soins thérapeutiques et préventifs**

R-V 1 dep Rx ens

R-V 2 ens, dent, polifl

R-V 3 \_\_\_\_\_

R-V 4 \_\_\_\_\_

Consentement éclairé

1. Je consens à ce que les interventions en hygiène dentaire débutent telles que décrites précédemment.

2. Je reconnais avoir été consulté, avoir participé et avoir reçu les explications concernant les interventions en hygiène dentaire que l'on me propose.

3. J'ai eu l'opportunité de poser mes questions et d'obtenir des réponses satisfaisantes pour les interventions qui me sont recommandées.

4. Je comprends qu'à chacun de mes rendez-vous, du temps sera accordé à mes habitudes personnelles d'hygiène dentaire, celles-ci influençant directement l'état de ma bouche.

5. Je comprends qu'il est possible que des changements soient apportés à mon plan d'intervention en hygiène dentaire et que le nombre de rendez-vous puisse être sujet à changements afin d'obtenir un traitement complet et optimal. Le cas échéant, j'en serai informé.

Signature du client (ou responsable): \_\_\_\_\_

complément aux besoins: Plaque occlusale

Possibilités de traitement: \_\_\_\_\_

**ANNEXE Q**  
**VERBATIM DES ENTREVUES SEMI-DIRIGÉES**



**VERBATIM**  
**PARTICIPANTE A, B, C, D**

<b>Sujet</b>	<b>Commentaires</b>
Clarté, facilité d'utilisation	<p>+ rapide, + facile + clair.</p> <p>+ simple, moins long, plus facile à remplir, ça me décourage moins que l'autre.</p> <p>On ne peut pas oublier de choses, de la façon qu'il est fait. Le lin, il m'arrive d'oublier de compléter une page ou une partie.</p> <p>Le C est plus rapide</p> <p>C'était parfait, j'aimerais ça que ce soit celui-là en clinique. Même ça s'adapte bien en bureau privé.</p> <p>Moi je trouve que c'est bc plus rapide à remplir, super clair, avec les flèches, les schémas et tout ça.</p> <p>Bc plus clair.</p> <p>Bc plus rapide, on n'a pas à tourner les pages, puis on voit toute une vue d'ensemble complète sur une même page donc c'est sûr que ça aide bc.</p> <p>Puis il faut faire ça rapidement aussi, remplir le PIHD, donc ça va vraiment mieux...</p> <p>-Moi je souhaite que les autres étudiantes puissent avoir le PIHD conceptuel comme ça parce que c'est vraiment plus pratique à remplir.</p> <p>Ben moi je trouve que c'est plus facile à remplir puis c'est plus rapide aussi.</p> <p>Pour moi, c'est bc plus clair, ça se remplit super bien.</p> <p>Ça nous aide à gagner du temps, puis ça c'est super important en clinique.</p>

Sujet	Commentaires
Adapté aux Problèmes/besoins santé/habitudes du client	<p>Les flèches nous permettent de considérer le client dans un ensemble.</p> <p>Oui, plus adapté à la personne en tant que telle : chaque client a ses propres problèmes, on va lui donner son propre objectif, donc c'est plus adapté à lui.</p> <p>Le concept est plus orienté, avec les flèches, c'est vraiment ce qu'est-ce qu'on veut améliorer, puis on met vraiment le point sur les besoins du client.</p> <p>La CC est un peu plus adaptée.</p> <p>Avec toutes les informations à proximité, c'est plus facile d'aller fixer des objectifs.</p> <p>-Vu qu'on peut voir directement ça, on peut voir qu'est-ce qu'on lui a montré, par exemple, s'il y a des adjuvants ou qqch de particulier ici (dans le carré), des agents topiques qu'on rajoute, on peut faire des objectifs avec ça directement, ça nous permet de faire des liens plus facilement.</p> <p>-Oui, parce que les besoins h fondamentaux sont indiqués en bas, ici donc on peut directement les voir, après avoir fait notre dépistage, on peut aller directement les cocher, puis on les a sur la feuille, on peut s'y fier, on les écrit dans les problèmes aussi, donc oui, ça permet de faire un lien avec les besoins h fondamentaux.</p> <p>-Les 2 ont une section de besoins humains fondamentaux, donc on peut faire des liens dans les 2, sauf que ça se fait bc plus facilement, puis quasiment instinctivement avec le schéma conceptuel. À cause de comment c'est positionné sur les feuilles, comment c'est écrit, avec les flèches aussi, c'est directement (lié), c'est la même feuille, puis c'est vraiment plus clair.</p> <p>-Tandis que dans l'autre (CC), ça fait vraiment des liens donc ça aide vraiment mieux à comprendre puis à faire des liens qui sont vraiment adaptés pour le client dans le fond.</p> <p>- Ici, on répétait les mêmes choses, on disait ok, le client a du tartre, on écrivait tartre dans facteurs contribuant mettons. Tandis que là, c'est vraiment, on sait que c'est vraiment par rapport au client donc qu'est ce qui cause ça ben, on y pense pis c'est plus heu, on fait pas juste retranscrire ce qu'on avait déjà vu en cours.</p> <p>Je trouve que c'est plus facile à faire des liens entre celui-là, avec les flèches que celui-ci que c'est comme ça, comme ça, comme ça (linéaire). Je trouve que ça se remplit mieux comme ça (CC).</p> <p>-C'est plus facile de faire des liens, je trouve, surtout dans les objectifs, bien partout où est-ce qu'il y a des flèches en fait, ça va bien. Ça aide.</p>

Sujet	Commentaires
<p>Comparaison avec le conventionnel (Pensée critique)</p>	<p>Oui, (c'est le même contenu) sauf que le conven. est plus long.  Le concept est plus rapide et mieux adapté. Comment il est fait avec les flèches, ça dirige plus vers le client.  Il n'y a pas de différence sur le plan intellectuel, ils nous font tous les 2 progresser.  Q : les 2 s'équivalent?  Ben c'est sûr que oui, là, une partie, mais on voit moins le centre, je vois moins le client au centre. Je serais plus habituée à faire une routine là, marquer tout le temps les mêmes choses. J'y pense moins on dirait qu'avec la CC.  Moi, je trouve que ça aide bc à plus faire les liens : comment qu'il est positionné, comment les différentes cases sur la feuille sont positionnées, ça aide bc à faire des liens.  Le fait d'avoir toutes les informations sur la même page, ça aide bc. Un côté de page c'est vraiment les problèmes, avec l'évaluation, plus du client. Puis l'autre côté, c'est vraiment plus les objectifs, puis nous qu'est-ce qu'on fait comme enseignement par rapport à l'évaluation. Donc je trouve que ça va mieux, ça fait une vue d'ensemble, plus globale.  C : oui, sauf qu'il y a bc plus d'écritures, puis c'est moins clair comment c'est écrit. Puis tu remplis ça ici, puis après ça il faut que tu ailles faire tout l'intérieur qui est bc plus loin, puis on dirait quand t'es sur cette page-là, après ça tu sais plus ce que tu as écrit avant. Il y a plein de cases heu, on dirait qu'il y a plus d'éléments, plus d'écritures, puis c'est pas vraiment nécessaire qu'on ait la référence à quelle question dans le questionnaire de santé puis tout ça. Donc ça le fait quand même, parce qu'on a quand même une section pour les besoins fondamentaux sauf que c'est moins clair. C'est comme s on s'y perd tellement il y a bc d'écritures).  -QU'il y ait des cases, que ce soit clairement écrit : on a les problèmes, causés par (...), c'est vraiment écrit avec des flèches, donc ça permet de vraiment mieux faire des liens avec les différents éléments. Le fait que de soit plus abrégé aussi, <b>il y a bc moins d'écritures donc on peut faire une meilleure synthèse selon moi, du client là, de ses problèmes, de ses méthodes d'hygiène, puis de nous, qu'est-ce qu'on décide de lui enseigner, puis les objectifs qu'on veut fixer avec ça.</b>  Oui, parce que, on dirait qu'on a moins besoin de fouiller. Tout est là, tu as juste à tourner (la page) puis, souvent quand on remplit notre partie : les possibilités de traitements, moi je trouve que quand tu as tout sous les yeux, tout ça dans des petits tableaux, tu es moins perdue que dans un PIHD qui est vraiment comme énorme. J'ai pas besoin de chercher pendant 5 minutes pour rassembler toutes mes informations.</p>

Sujet	Commentaires
Favorise pensée critique, réflexion	<p>Plus facile de faire les liens avec les flèches.  Les flèches nous orientent plus.</p> <p>C'est clair, ça se suit, on fait une analyse dans notre tête. Tout se suit, sous forme de graphique, avec les flèches, ça se suit, puis on peut plus faire de liens que sous forme de lignes comme avec l'ancien PIHD. C'est plus facile de faire des liens, puis après ça tu tombes aux besoins fondamentaux, fait que les graphiques t'emmènent à plus faire des liens pour cocher. Tandis que celui-là (l'ancien) moins, je trouve. C'est plus facile de penser, de voir le client dans son ensemble.</p> <p>La C, parce que, à cause des graphiques, je trouve ça va mieux comme ça, on pense plus que l'autre. Mais c'est peut-être parce que c'est aussi nouveau là. L'ancien, ça fait depuis la 4<sup>e</sup> session là qu'on le fait. Peut-être que vu que c'est un changement, mais j'aurais pas l'impression. Je trouve que mes objectifs étaient meilleurs et même mes conseils étaient meilleurs avec celui-là, plus adaptés que lui, on dirait que, vu ça fait longtemps, on est plus en mode automatique.</p> <p>Oui, parce qu'on voit l'ensemble du client. Étant donné que c'est ... l'autre aussi est sur une même page, mais avec les flèches et tout on voit que le centre du client là tsé, comment ça s'appelle heu tsé quand on met le client au centre là... Ha ouais le modèle de pratique. Moi je trouve que ça ressemble à ça avec les flèches et tout.</p> <p>Juste comment les cases sont disposées sur les feuilles, ça aide à la compréhension, ça aide vraiment à schématiser puis à pouvoir vraiment nous faire (faire) des liens entre les différents éléments.</p> <p>Développer PC : selon moi, oui, la carte conceptuelle à cause, comment s'est positionné ici, avec les flèches, les éléments sont plus rapprochés, puis ça aide vraiment avec l'indice de plaque, on peut voir directement, avec qu'est-ce qu'on a pris comme moyen pour enseigner au client, puis directement on peut faire les objectifs donc en lien avec qu'est-ce qu'on lui a enseigné avec la qté de plaque, etc.</p> <p>Le schéma, comment c'est fait, ça aide à la réflexion. La réflexion se fait plus rapidement.</p> <p>Puis, pour la compréhension aussi : c'est vraiment centré, comme là tu vois : problèmes, ok problèmes, causés par... Je sais pas ça va mieux comme ça. J'aime vraiment mieux celui-là parce que c'est plus rapide, on comprend plus.</p> <p>- Je sais pas on dirait que ça se remplit tout seul, puis dans ma réflexion, dans ma tête, ça va bien (rires).</p> <p>-Ça nous permet de bien comprendre aussi puis de cibler ce qui est plus important je trouve, c'est que t'as mis en gros pis c'est ça qui nous aide. Comme là, moi juste les indices que t'as tous rassemblés ensemble, je trouve que ça va bien comparer à celui-là (lin) que ils sont un peu «perdus» après le reste là, faut vraiment que tu ailles les voir.</p>

Sujet	Commentaires
<p>Avantages /inconvénients des 2 améliorations à apporter CC</p>	<p>1<sup>er</sup> <b>manquait de place</b>, mais tel que modifié aucun changement à suggérer, (lin) est long à remplir, on manque tjrs de motivation. On dirait que c'est la dernière chose qu'on veut faire, parce que c'est long et c'est trop l'un à la suite de l'autre.</p> <p>Au début, c'était <b>un peu petit</b>, mais tu as remédié à ça donc c'est bien. Peut-être en dernier (partie : complément aux besoins et possibilités de traitements), on pense moins à remplir ça. Même dans l'ancien, moi j'y pense pas tjrs à le remplir. L'intégrer, pas le mettre à part, on dirait qu'il est tjrs à part, mais l'intégrer peut-être dans les graphiques ou heu... de manière à nous faire penser de l'écrire. Avec les objectifs par exemple, puisque c'est relié.</p> <p><b>Avantages CC :</b>  On voit le client, les flèches nous font penser à remplir tout  Les objectifs, je trouve ça bien, j'aime bc les flèches dans le fond, dans la CC, ça relie tout au client on dirait, puis les objectifs c'est facile, on voit un lien entre les moyens, tsé au lieu que ça soit uniquement des lignes, ben des carrés là.</p> <p><b>Désavantages CC :</b> possibilités de traitements qui sont encore un peu à part, comme l'autre (lin).</p> <p><b>Inconvénients LIN :</b> il est long, il n'a pas de flèches pour nous faire penser à tout remplir. Les lignes, on dirait que c'est plus long à remplir à cause des lignes. Étant donné qu'il est sur plusieurs pages, on peut en oublier, comparativement à l'autre qui est sur une page recto-verso. Même les objectifs, c'est pas clair comme la carte conceptuelle. On dirait que c'est plus une tâche le remplir, au lieu d'être d'aider le client, parce que le PIHD est pour le client là. Au lieu d'aider le client, on voit ça plus comme un autre document à remplir. Tandis que la CC, je la voyais pas comme ça. Linéaire, c'est pas comme le style graphique, c'est pas dynamique, c'est plus plate.</p> <p>Amélioration : la seule chose, on l'avait dit dès la 1<sup>ère</sup> séance, c'est juste d'avoir plus d'espace pour écrire la séquence d'enseignement. Sauf que ça a été réglé, puis maintenant, les lignes, ça arrive parfaitement avec ce qu'on a besoin d'écrire.</p> <p>-Dans le PIHD Lin, on retrouve quand même tous les éléments qu'on a besoin pour faire une bonne planification, puis un bon PIHD, sauf que, comme inconvénient, c'est que c'est tout le temps long à remplir, puis à la fin de notre séance, on se dépêche, on dirait qu'on fait juste réécrire tout le temps les mêmes affaires puis on dirait qu'on fait juste le remplir pour le remplir parce que, ça fait moins de sens de remplir autant de pages comme ça.</p> <p>Inconvénients CC : c'était surtout pour la couleur, mais ça tu l'as fait là, parce que ça se trouve bien dans le dossier, ça va vite, c'est rapide. À part celui-là (carré) qui était <b>trop petit au début</b>, mais là tu l'as fait plus gros, donc ça va super bien à remplir, fait que je ne vois vraiment pas autre chose.</p> <p>LIN : il nous aide là, c'est sûr que le but est quand même le même là, mais comme je te disais, c'est plus long, il faut plus fouiller</p> <p>Il est énorme, je trouve que c'est long à remplir, des fois c'est trop gros pour pas grand-chose.</p>