

Elaborer le contenu du programme et d'une séance

Sommaire

6 modèles d'apprentissage.....	4
Définir le programme	11
Les ateliers	13

Elaborer un programme d'ETP s'apparente à de l'ingénierie de formation qui est une démarche qui vise l'adéquation des moyens alloués (activités, personne disponible, coûts, etc.) à des finalités de formation. Cette démarche est la pierre angulaire du programme d'ETP. C'est un processus qui pourrait être défini comme étant la mise en œuvre d'actions d'acquisition de compétences afin de résoudre un problème de formation ou d'apprentissage réalisé par un ou plusieurs acteurs (concepteurs pédagogiques, experts, spécialistes multimédia...) mené de manière explicite ou implicite sur la base de principes issus de différentes théories (théories de l'apprentissage et de l'enseignement, théories didactiques,...), au cours duquel différentes techniques et différents outils sont utilisés pour créer différentes productions intermédiaires et dont le résultat final est un environnement d'apprentissage proposé en tant que solution au problème de formation.

Cette mise en œuvre par l'équipe de soignants-éducateurs implique de connaître les théories et processus d'apprentissage. Les définitions concernant l'acte d'apprendre sont nombreuses et font référence à différentes notions pour la plupart complémentaires :

- D'une part, la notion d'apprendre se traduit par le fait d'acquérir, de s'approprier des connaissances et, plus précisément « construire de nouvelles compétences, modifier sa façon d'agir / de penser [...], aller de ce que l'on sait vers ce que l'on ignore, du connu vers l'inconnu » (Meirieu, 1987).
- D'autre part, pour Bruner (1996), apprendre est « un processus interactif dans lequel les gens apprennent les uns des autres ».

Ces deux définitions, complémentaires, soulignent le fait qu'il existe dans l'apprentissage un aspect individuel et autocentré, mais également une dimension sociale. Ensuite, pour Perrenoud (2004), apprendre renvoie à un état de changement chez l'apprenant « au fil des apprentissages, on devient quelqu'un d'autre, on transforme sa vision du monde et des problèmes. Certains ne s'en rendent pas compte, d'autres vivent fort bien ce changement intellectuel mais aussi identitaire, d'autres encore y résistent vigoureusement ». Enfin, pour De Ketele (1989), apprendre renvoie à la notion d'apprentissage. Celle-ci se traduisant par « un processus systématique orienté vers l'acquisition de certains savoirs, savoir-faire, savoir-être et savoir-devenir ».

6 modèles d'apprentissage

(université de Lorraine, Marine Briswalter et Mathilde Mehlinger)

La conception de l'apprentissage et les pratiques pédagogiques de chaque soignant-éducateur renvoient à différents modèles issus des théories/courants de l'apprentissage. À ce titre, six modèles principaux influencent les conceptions de l'enseignement, à savoir :

- 1. Le modèle de l'empreinte (depuis l'Antiquité) : Apprendre, c'est recevoir des savoirs
- 2. Le modèle béhavioriste (depuis la 1ère moitié du XXème siècle) : Apprendre, c'est modifier le comportement
- 3. Le modèle cognitiviste (début 1940) : Apprendre, c'est traiter, interpréter et stocker de l'information
- 4. Le modèle constructiviste (début 1950) : Apprendre, c'est construire ses connaissances
- 5. Le modèle socio-constructiviste (début 1960) : Apprendre, c'est construire ses connaissances avec autrui
- 6. Le modèle connectiviste (2003) : Apprendre, c'est un processus de connexions

L'empreinte (dit transmissif) : apprendre c'est recevoir des savoirs

Ce modèle est ainsi basé sur deux présupposés :

- La neutralité conceptuelle de l'apprenant : l'apprenant est passif, considéré comme une « page blanche » à remplir, une « cire molle ». Il est alors considéré que le rôle principal du soignant-éducateur est de déposer son empreinte sur un apprenant.
- La non déformation du savoir transmis : le soignant-éducateur doit s'assurer que l'apprenant a bien réceptionné ce qu'il a tenté de lui transmettre et qu'il est capable de le répéter sans commettre d'erreur.

L'idée primordiale dans ce modèle est la suivante : la qualité de ce qui est reçu et mémorisé par l'apprenant dépend de la qualité du discours transmis. Ainsi, la « transposition didactique », c'est-à-dire la transformation du savoir « savant », en savoir « à enseigner » (tout en le mettant à la portée des apprenants pour faciliter leur travail), est déterminante. En résumé, le modèle de l'empreinte a pour avantage principal de constituer le modèle le plus économe en termes de temps et de moyen. Nous pouvons le retrouver en application lors d'un cours magistral. Toutefois, les rythmes d'apprentissage des apprenants sont peu pris en compte et ne sont pas individualisés. Cela signifie que cette pratique conviendra à certains apprenants, mais pas à tous.

LE MODÈLE DE L'EMPREINTE : CENTRÉ SUR L'ENSEIGNANT ET LE MESSAGE À TRANSMETTRE	
<i>Que fait le soignant-éducateur ?</i>	<i>Que fait l'apprenant ?</i>
Il détient et maîtrise le savoir, son but est de le transmettre. Pour cela, il est attentif à la clarté de son discours et à la qualité de son exposé.	Il n'est pas en activité. Son but est d'écouter le discours du soignant-éducateur afin de le mémoriser pour ensuite restituer ses connaissances. Pour cela, son écoute et son attention sont centrales.
<i>Et si l'apprenant fait une erreur ?</i>	
L'erreur est vue comme une faute à éradiquer. La responsabilité de l'erreur repose sur l'apprenant qui doit faire preuve de plus d'attention, d'écoute et de concentration, afin de mieux restituer le savoir transmis.	

Le behaviorisme : apprendre c'est modifier le comportement

Ce modèle formule le postulat que tout être vivant est ainsi conditionné, modelé et façonné par l'environnement, le contexte, le milieu dans lequel il évolue. L'apprentissage se résume alors à l'établissement

d'une connexion entre un stimulus et une réponse comportementale. Par rapport au modèle transmissif, le rôle de l'apprenant change : il n'est plus un être totalement passif.

Skinner (psychologue 1904-1990) est également à l'origine du concept de conditionnement dit opérant, défini par le fait de faire émerger des renforcements positifs en cas de bonnes réponses et des renforcements négatifs pour rectifier les erreurs. **L'apprentissage s'opère alors chez l'apprenant par le biais d'essais-erreurs** (Carré & Mayen, 2019).

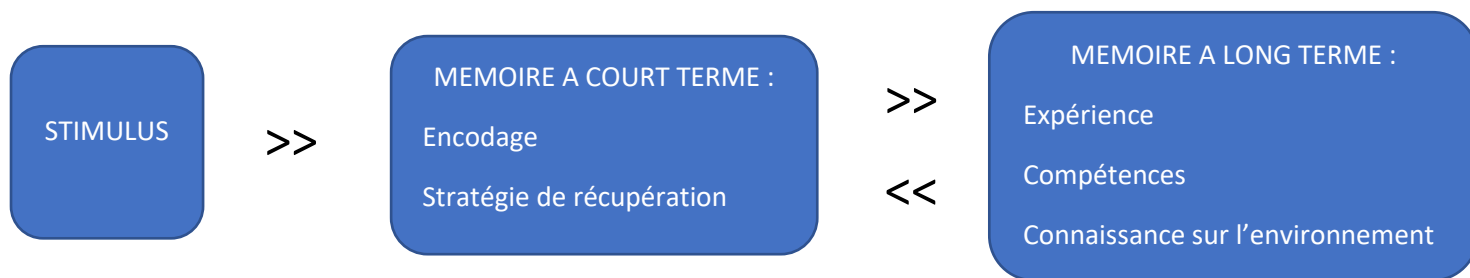
Le soignant-éducateur doit se contenter de se centrer sur ce qui est observable, à savoir le ou les comportements de l'apprenant. Le comportement dont il est ici question n'est pas une attitude ou une manière d'être de l'apprenant, mais la manifestation observable de la maîtrise d'un savoir. C'est lui qui permettra de s'assurer que l'objectif visé est atteint. De cette façon, si l'on privilégie l'acquisition d'automatismes et de réflexes, enseigner revient à inculquer des comportements, des attitudes, des réactions, ou encore des gestes. Pour les soignants-éducateurs, cela nécessite de formaliser leurs objectifs pédagogiques en vue de les communiquer à leurs apprenants (Carré & Mayen, 2019). De ce fait, formuler un objectif pédagogique observable, mesurable, quantifiable, constitue un héritage des théories béhavioristes.

La pédagogie par objectifs consiste à découper une activité en une succession d'exercices simples à résoudre, selon une progression bien définie ainsi qu'une méthodologie bien précise. Autrement dit, afin de réaliser une tâche complexe associée à un objectif d'apprentissage (geste), l'apprenant va procéder par découpage en petites tâches. La somme de celles-ci permettra d'accomplir des objectifs plus complexes par la suite (Goupil & Lusignan, 2016). Le principal avantage de ce modèle est qu'il privilégie l'acquisition d'automatismes et de réflexes, par exemple pour acquérir un geste d'autosoins. Toutefois, le fait que tout apprenant puisse être conditionné, modelé et façonné selon ce qu'on attend de lui, retire une forme de liberté (réflexion, esprit critique) chez l'apprenant.

LE MODÈLE BÉHAVIORISTE : CENTRÉ SUR LE COMPORTEMENT, LE RÉSULTAT ET L'EFFICACITÉ	
<i>Que fait le soignant-éducateur ?</i>	<i>Que fait l'apprenant ?</i>
Il poursuit un objectif observable, mesurable et quantifiable. Il décompose une activité complexe en une succession de tâches simples à résoudre et il propose des renforcements	Il exécute et répète les attitudes et les gestes attendus en suivant une progression établie du plus simple au plus complexe.
<i>Et si l'apprenant fait une erreur ?</i>	
L'erreur est perçue négativement, on cherche à l'éviter ou à la contourner grâce à un parcours extrêmement guidé et pré-jalonné. La responsabilité de l'erreur repose sur le soignant-éducateur, le concepteur du programme, et de sa capacité à s'adapter au niveau réel de ses apprenants (Astolfi, 2014).	

Le cognitivisme : apprendre, c'est traiter, interpréter et stocker de l'information

Ce modèle s'appuie sur le postulat, en adéquation avec plus tard le constructivisme et le socio-constructivisme, que les apprenants sont des participants particulièrement actifs dans le processus d'apprentissage. Les cognitivistes se concentrent davantage sur les processus internes et les connexions qui ont lieu pendant l'apprentissage. La mémoire joue un rôle principal dans l'apprentissage de l'apprenant. En effet, elle n'est plus simplement considérée comme un lieu de stockage, mais plutôt comme un véritable système dynamique qui régule les apprentissages. La mémoire peut ainsi être divisée en de nombreuses composantes, notamment différenciées par la durée de rétention de l'information (court ou long terme). Au cours de l'apprentissage, un jeu d'échanges a donc lieu entre la mémoire à court terme, d'une part, et la mémoire à long terme, d'autre part. La première permet l'encodage de l'information et la mise en œuvre de stratégies de récupération, afin d'accéder aux informations stockées dans la seconde. Cette dernière, quant à elle, contient les expériences, compétences et connaissances sur le monde (Atkinson & Shiffrin, 1968).



Adapté du Schéma réalisé par la DACIP en se basant sur le traitement de l'information d'Atkinson et Shiffrin (1968)

Ainsi, les théories de l'apprentissage qui se sont développées dans le prolongement de la psychologie cognitive s'intéressent particulièrement aux stratégies mentales, aux modes de raisonnement et de résolution des problèmes (Von Neumann & McCulloch, 2007). On peut ainsi comprendre certaines difficultés qui peuvent apparaître dans l'apprentissage de l'apprenant, par exemple, un trop plein d'informations, de natures variables (cognitives, affectives, métacognitives), peuvent générer une saturation ou une difficulté à se concentrer sur les informations principales du discours perçu.

Le courant cognitiviste a également favorisé les pratiques de métacognition, mises au point par John H. Flavell. La métacognition désigne la capacité qu'a un individu à réfléchir sur sa propre activité (traitement de l'information), afin d'en prendre conscience. Ainsi, il estime que les connaissances métacognitives peuvent se diviser en deux types :

- Déclaratives (savoir que) : elles incluent les connaissances sur l'apprentissage en général, mais surtout les connaissances pour soi (un apprenant peut savoir qu'il a une bonne mémoire pour retenir des dates en histoire).
- Procédurales (savoir comment) : elles se définissent par l'élaboration de stratégies afin de surmonter une difficulté (un apprenant peut savoir qu'il a besoin de faire régulièrement des pauses à la lecture d'un livre afin de pouvoir rester concentré pleinement sur les informations qu'il perçoit dans sa lecture).

Dans le prolongement et selon Dehaene (2013), il existerait quatre piliers de l'apprentissage dont :

- L'attention : l'apprenant sélectionne les informations pertinentes.
- L'engagement actif : il participe activement à son apprentissage, notamment en menant ses propres expériences, via la résolution de problèmes par exemple
- Le retour d'information : le soignant-éducateur donne un retour d'information immédiat sur les erreurs de l'apprenant. Plus ce retour est réalisé tôt dans le temps, plus vite l'apprenant sera apte à ne plus se tromper
- La consolidation : l'apprenant répète et s'entraîne régulièrement. Par exemple, il peut réaliser régulièrement des tests répétés de ses connaissances afin de les ancrer dans sa mémoire, sur le long terme.

Howard Gardner met en évidence que tous les hommes sont intelligents, mais pas forcément de la même façon. Il existerait en effet huit types d'intelligence, correspondant chacune à un talent, une aptitude spécifique :

- L'intelligence musicale : s'exprime dans la perception et la production de la musique,
- L'intelligence kinesthésique : se manifeste par l'intelligence du corps, plus précisément par l'aptitude à l'utiliser pour reproduire, imiter ou effectuer des gestes,
- L'intelligence logico-mathématique : s'exprime par la capacité non verbale de résoudre des problèmes logiques. Elle constitue une référence en tant que capacités intellectuelles de déduction ou de pensée scientifique,

- L'intelligence langagière : se manifeste à travers l'aptitude linguistique. Elle exprime notamment chez l'individu une certaine sensibilité envers la signification des mots,
- L'intelligence spatiale : s'exprime par la capacité de percevoir le monde visuel de façon précise,
- L'intelligence interpersonnelle : est bâtie sur une capacité centrale à repérer ce qui distingue les individus. Elle inclut la capacité de coopérer avec les autres et de les comprendre, de distinguer leurs humeurs, caractères, tempéraments, motivations et intentions,
- L'intelligence intrapersonnelle : est tournée vers l'intérieur de l'individu et inclue la capacité de se comprendre soi-même, d'avoir une idée précise de sa propre vie émotive, de les coder ou décoder symboliquement, et de s'en servir à l'image d'un guide pour analyser ses comportements,
- L'intelligence naturaliste : se manifeste par la capacité à reconnaître et à classer ses connaissances sur l'environnement naturel, à observer ce qui l'entoure, à apprendre en expérimentant la tâche, à être en relation avec la nature

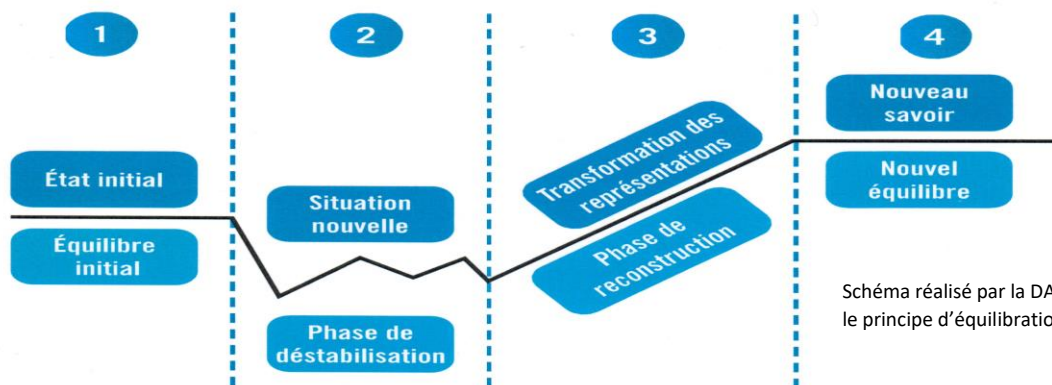
Ces apports nous permettent de souligner le fait que **chaque apprenant possède ses propres forces et capacités** qu'il peut mettre en application lors de ses apprentissages. L'avantage principal de ce modèle est que l'apprenant développe des stratégies dans ses apprentissages et peut les améliorer, grâce à la métacognition. Cependant, étant donné que chaque apprenant fonctionne différemment, en pratique, cela peut être très complexe pour le soignant-éducateur d'ajuster en permanence ses réponses pédagogiques de manière individualisée pour chacun de ses apprenants.

LE MODÈLE DU COGNITIVISME : CENTRÉ SUR L'ACTIVITÉ ET LES STRATÉGIES MENTALES DE L'APPRENANT	
<i>Que fait le soignant-éducateur ?</i>	<i>Que fait l'apprenant ?</i>
Il s'intéresse particulièrement aux stratégies mentales, aux modes de raisonnement et de résolution des problèmes des apprenants. Il propose une diversification des supports et des activités pédagogiques pour s'adapter à la diversité des apprenants.	Il acquiert des connaissances qu'il stocke et mémorise, tout en faisant preuve de réflexion sur ses stratégies d'apprentissage (métacognition) afin de faciliter le traitement et la mémorisation des informations
<i>Et si l'apprenant fait une erreur ?</i>	
L'erreur ou l'incertitude est normale, voire indispensable. Plus le retour sur l'erreur est proche dans le temps, plus l'action corrective sera efficace et intégrée de manière pérenne (Dehaene, 2013).	

Le constructivisme : apprendre, c'est construire ses connaissances

Ce modèle considère qu'apprendre se fait par la construction de l'apprenant. Celui qui apprend n'est donc pas simplement en relation avec les savoirs qu'il emmagasine (modèle de l'empreinte) ou qu'il automatise (modèle béhavioriste) : il comprend et organise son monde au fur et à mesure qu'il élabore des connaissances, en s'adaptant. Cette capacité d'adaptation s'appuie sur deux processus d'interaction de l'individu avec son milieu de vie : l'assimilation et l'accommodation.

- L'**assimilation** consiste à interpréter les nouveaux événements à la lumière des schèmes de pensée déjà existants.
- L'**accommodation** est quant à elle le processus inverse, c'est-à-dire qu'elle correspond au fait de changer sa structure cognitive pour intégrer un nouvel objet ou un nouveau phénomène.



Le but de ces processus est alors de faire face à un déséquilibre, amenant une déconstruction, afin de pouvoir atteindre un état d'équilibration, par le biais de l'auto-régulation des structures cognitives. Autrement dit, l'apprentissage est un processus dynamique qui survient à cause d'un déséquilibre entre l'apprenant et son environnement (Carré & Mayen, 2019). L'approche constructiviste ouvre ainsi de nouvelles perspectives dans l'enseignement : les pédagogies actives.

Ce modèle a pour avantage principal de mettre particulièrement l'accent sur le sens que donne l'apprenant à son apprentissage. Toutefois, l'apprenant peut également se sentir déstabilisé par le fait de devoir progresser à son rythme et donc de ne pas avoir la capacité d'autonomie nécessaire afin de pouvoir progresser seul.

LE MODÈLE CONSTRUCTIVISTE : CENTRE SUR L'APPRENANT ET SON APPRENTISSAGE	
<i>Que fait le soignant-éducateur ?</i>	<i>Que fait l'apprenant ?</i>
Il propose des problèmes complexes, des tâches nouvelles qui ont du sens pour ses apprenants. Il s'intéresse aux représentations des apprenants, aux obstacles et aux déséquilibres qui peuvent survenir au cours de l'apprentissage.	Il est actif. Il construit des connaissances à partir de ses représentations initiales. Il recherche, confronte des savoirs et résout des problèmes.
<i>Et si l'apprenant fait une erreur ?</i>	
L'erreur est perçue positivement car elle est au cœur même des processus d'apprentissage et indique les progrès à obtenir. C'est pourquoi, afin de mieux la traiter, il convient de la laisser apparaître, voire de la provoquer. Elle constitue un indicateur des processus intellectuels en jeu. Décortiquer la « logique de l'erreur » permet d'en tirer parti pour améliorer les apprentissages (Astolfi, 2014).	

Le socio-constructivisme : apprendre, c'est construire ses connaissances avec autrui

Ce modèle met davantage l'accent sur l'importance de l'environnement social et culturel dans l'apprentissage. Si la construction d'un savoir est personnelle, celle-ci s'effectue toujours dans un cadre social. L'apprenant n'est pas seul : il est entouré d'autres personnes qui ont un impact sur lui et le développement de ses connaissances. Il s'agit donc d'acquérir des connaissances grâce aux échanges entre le soignant-éducateur et les apprenants, ou entre les apprenants, ou encore par le biais de toute personne extérieure (ex : amis, famille).

Le conflit socio-cognitif est provoqué par une dualité entre la conception initiale d'un apprenant et une autre réalité observée par ses pairs, notamment lors d'un travail de groupe. L'avantage principal de ce modèle est qu'il met l'accent sur les activités coopératives et collaboratives des apprenants. Toutefois, en pratique, cela demande au soignant-éducateur de pouvoir mettre en place des situations favorables, ce qui peut s'avérer

compliqué selon le contexte dans lequel il se trouve. A titre d'exemple, les lieux d'activités et le nombre d'apprenants présents peuvent ne pas favoriser ces pratiques pédagogiques.

LE MODÈLE CONSTRUCTIVISTE : CENTRE SUR L'APPRENTISSAGE DANS L'INTERACTION AVEC AUTRUI	
<i>Que fait le soignant-éducateur ?</i>	<i>Que fait l'apprenant ?</i>
Il accompagne et soutient l'apprenant dans son processus d'apprentissage en étant attentif au niveau de difficulté de la tâche et de l'activité : ni trop simple, ni trop complexe, en recherchant la zone proximale de développement. Il favorise le conflit socio-cognitif à travers des modalités pédagogiques collaboratives et coopératives : travaux de groupes, projets, tutorat et évaluation entre pairs.	Il construit ses connaissances par l'échange, avec autrui et, plus largement, son environnement. Ses représentations se confrontent notamment avec celles de ses pairs, permettant une élaboration collective.
<i>Et si l'apprenant fait une erreur ?</i>	
L'erreur a le même statut que dans le modèle du constructivisme : elle est révélatrice du processus d'apprentissage. Elle peut également être un indicateur d'une complexité trop élevée de l'activité à accomplir. Dans tous les cas, elle peut être retravaillée et traitée de manière collective.	

Le connectivisme : apprendre, c'est un processus de connexions

La place prédominante des nouvelles technologies dans notre vie quotidienne a permis le développement du modèle dit « connectivisme ». En effet, ce modèle interroge le processus de l'apprentissage à l'ère du numérique, dans un monde connecté en réseaux : l'interaction permise par les réseaux et la connexion permanente entraînent le développement constant de nouvelles connaissances. L'apprentissage n'est plus seulement une activité individualiste et interne, mais est aussi fonction de l'entourage et des outils de communication dont on dispose. Plus précisément, George Siemens a établi des principes inhérents à la mise en œuvre de sa théorie (Duplâa et Talaat, 2011) :

- Des nœuds spécialisés et des sources d'information : « L'apprentissage serait le processus de connexions au sens large, englobant les connexions neuronales, les connexions entre les hommes, les ordinateurs, mais aussi l'interconnexion entre les différents champs de savoirs (Siemens, 2006). »
- La notion sociétale : « le connectivisme souligne l'importance de la présence sociale à travers la création et le maintien des réseaux d'apprenants qui apprennent les uns des autres autant que d'autres membres de l'espace. Les activités des apprenants se reflètent dans leurs contributions sur les outils du web. La présence sociale est conservée et encouragée par les commentaires, contributions, et les idées des apprenants qui ont déjà participé dans le réseau et l'ont enrichi par leurs interactions (Anderson et Dron, 2011). »
- La diversité des opinions : « l'apprentissage et la connaissance résident dans la diversité des opinions. La valeur de la diversité est une fonction de l'apprentissage dans le connectivisme : plus les opinions varient, plus le réseau est diversifié et plus cet espace sera efficace (Siemens, 2006). »
- Le contrôle de l'apprentissage : « l'un des éléments dominants dans le connectivisme est l'intégration contrôlée par l'utilisateur. Les logiciels permettent à l'utilisateur d'avoir un contrôle beaucoup plus élevé sur son contenu et la manière de l'appréhender (Siemens, 2006). »

L'apprentissage peut résider dans des systèmes non humains : « le savoir peut se trouver dans plusieurs modèles différents – que ce soit tout simplement sous forme de base de données ou dans la distribution de la représentation qui traverse un espace complet (Siemens, 2004). La prise de décision ainsi que l'obtention des connaissances précises et mises à jour sont ce vers quoi tendent toutes les activités d'apprentissage connectivistes. »

LE MODÈLE CONNECTIVISTE : CENTRE SUR L'APPRENTISSAGE EN RESEAU

<i>Que fait le soignant-éducateur ?</i>	<i>Que fait l'apprenant ?</i>
<p>Il encourage les apprenants à échanger et travailler en équipe. Il leur fournit des ressources leur permettant de :</p> <ul style="list-style-type: none">- prolonger leur apprentissage après les cours, - les orienter vers des blogs, des forums,- créer des blogs pour la classe,- compiler les travaux dans un agrégateur afin de regrouper tout ce que les apprenants ont produit,- utiliser des activités d'apprentissage collaboratives, au travers d'un wiki par exemple,- ouvrir ses propres ressources à la collaboration et au partage. <p>Les interventions du soignant-éducateur consistent non pas à apporter des connaissances, mais à réguler les interactions, à proposer des ensembles de liens pour accompagner l'activité des apprenants.</p>	<p>Il construit ses connaissances par l'échange, une constante interaction. Les activités des apprenants se reflètent dans leurs contributions sur les outils numériques en réseau.</p>

En conclusion, la présentation de ces différents modèles met en évidence leurs spécificités. Pour autant, il n'y a pas lieu de préconiser l'un d'entre eux en particulier. Il est à considérer qu'aucun modèle ne se révèle fondamentalement plus efficace qu'un autre. En effet, tout dépend des objectifs que le soignant-éducateur souhaite atteindre, des contenus travaillés, ou encore du profil de ses apprenants (Ourghanlian, 2006). Notons toutefois qu'hormis au sein du modèle de l'empreinte, l'apprenant est systématiquement placé au centre de ses apprentissages. La qualité de l'explication, le choix des exemples, les analogies et métaphores en relation avec l'expérience personnelle, la façon dont l'enthousiasme du soignant-éducateur réveille l'apprenant et provoque son intérêt, son empathie manifestée à travers la disponibilité, la prise en compte de l'apprenant et son opinion, le souci de l'apprentissage de l'apprenant, exercent une influence indéniable sur l'apprentissage et sa perception du contexte.

Définir le programme

La problématique de santé est la constatation de la difficulté que vit le patient au quotidien. Il s'agit ici de formuler en quelques mots la pathologie concernée, le type de patients pressentis, les conditions particulières associées que l'on jugera utiles de définir. Elle s'énonce à plusieurs, après concertation en équipe.

La problématique de santé constitue le socle de la construction du programme.

La finalité

La finalité d'un programme d'ETP est d'offrir au patient la possibilité d'un apprentissage et d'un accompagnement afin de mieux vivre avec sa maladie. Elle évoque de façon peu détaillée le type de patients concernés par le programme au regard de la pathologie ciblée.

Elle émane d'une problématique de santé établie à partir d'un constat. Elle précède le libellé des objectifs du programme que l'on souhaite mettre en place.

Les objectifs

Ils représentent les buts que l'équipe souhaite atteindre au terme du programme éducatif proposé aux patients. Ils sont globaux et décrivent les intentions de l'équipe adressées à l'ensemble des patients. Ces objectifs dits globaux correspondent aux cibles à atteindre pour le programme donc pour l'équipe porteuse. Ils peuvent être quantitatifs ou qualitatifs.

Ils pourront être évalués dans le cadre de l'autoévaluation et de l'évaluation quadriennale du programme. Il s'agira de mesurer l'écart entre ce que le programme a prévu d'atteindre et les effets observés chez les patients et chez les intervenants. L'écart s'évalue aussi sur les changements intervenus au niveau des activités éducatives, de la coordination et de la communication, de l'organisation et du contenu du programme d'ETP.

Les objectifs du programme sont différents des objectifs du patient qui eux détaillent de façon très précise les acquisitions attendues de celui-ci

C'est sur la base de ces objectifs que seront construit les différentes activités du programme. Elles pourront être proposées de façon collective ou de façon individuelle.

Les patients concernés

La file active se définit par le nombre de patients habituellement suivis sur une année dans une équipe médicale. Il convient donc de :

- Relever le nombre des patients suivis par l'équipe, concernés par la problématique de santé ;
- Déterminer les patients pouvant bénéficier prioritairement de ce processus éducatif : s'interroger sur les critères de priorisation tels que l'âge, le stade de la maladie, le type de traitement, ...

L'adéquation entre les besoins identifiés et la possibilité d'y répondre en termes de moyens doit être interrogée. Il est en effet possible de prévoir, dès cette étape, des relais avec d'autres établissements de santé ou en ville.

La démarche sert aussi à vérifier que la construction d'un programme se justifie, au vu du nombre annuel espéré de bénéficiaires dans cette pathologie. Ce nombre est habituellement considéré autour de

50 patients par an, mais un chiffre plus petit est envisageable en fonction de la pathologie, notamment s'il s'agit d'un enjeu prioritaire de santé publique ou d'une pathologie rare.

Le parcours éducatif s'insère dans le parcours de soins. Il s'agit de repérer assez tôt où pourront se situer les temps éducatifs comme l'accueil avec présentation du programme éducatif, l'obtention du consentement, le bilan éducatif partagé (BEP), les entretiens individuels et/ou collectifs, ou l'évaluation de fin de programme (ou fin de cycle). On envisagera aussi d'emblée le suivi éducatif ultérieur.

Cette description permettra d'avoir une vision précise des organisations, des acteurs à impliquer et des adaptations à prévoir.

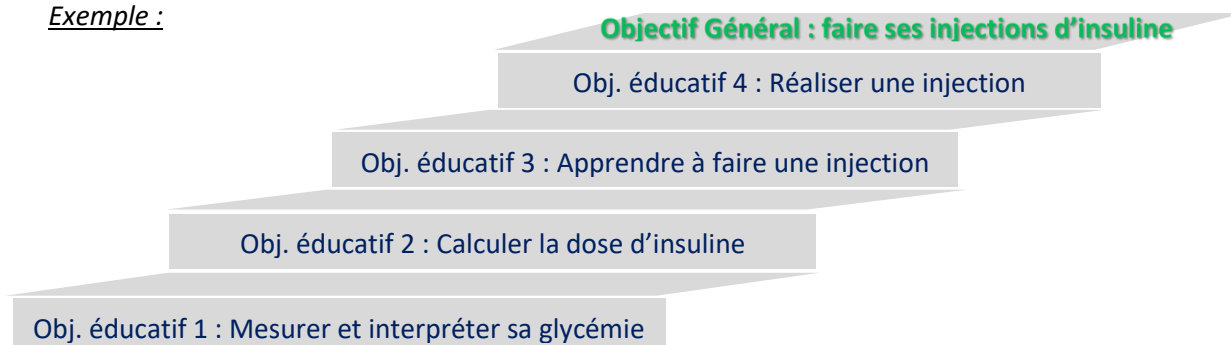
Etablir un référentiel des besoins

A l'issue du recueil des besoins des patients et des professionnels (cf. les compétences à acquérir), les besoins les plus importants et fréquemment rencontrés constituent un référentiel qui s'insère naturellement dans le programme éducatif. Celui-ci peut correspondre à une liste de 10 à 15 besoins principaux. Ces besoins seront traduits en objectifs éducatifs et d'accompagnement. Leur atteinte avec application dans la vie quotidienne signifiera l'acquisition de compétences.

L'élaboration d'un programme d'ETP obéit donc à une logique de projet soutenue par un souci de progression pédagogique (ou éducatif). Pour organiser la progression pédagogique, il faut décomposer les objectifs pédagogiques généraux de la formation en objectifs pédagogiques détaillés (ou opérationnels) qui seront déclinés lors des ateliers (ou activités).

Pour atteindre les objectifs pédagogiques généraux, il faut que les participants soient capables de ...

Exemple :



Pour construire chacun des ateliers, complémentaires les uns des autres, les soignants-animateurs pourront s'aider sur les techniques habituelles d'ingénierie pédagogique.

Les ateliers

La plupart des modèles de design ou d'ingénierie pédagogiques reprennent, avec quelques variantes, le modèle ADDIE (Analysis-Design-Development-Implementation-Evaluation) (Basque, 2004).



- I. **Analyse** : Cette étape sert à identifier les objectifs éducatifs et d'accompagnement, le public cible, la structure du contenu, les ressources et le contexte d'utilisation ainsi que les ressources humaines et technologiques existantes. C'est le moment où le soignant-éducateur amorce sa réflexion sur les besoins de la formation et les problèmes à corriger en lien avec les éléments du programme. Plusieurs questionnements peuvent guider la réflexion :
 - Quel est le contexte de la formation ou de l'information ?
 - Quel est le public cible ?
 - Quelles sont ses caractéristiques ?
 - Quelle est la motivation des apprenants ? Les personnes sont-elles volontaires pour suivre la formation ou l'information ?
 - Quelles sont les compétences visées (sont-elles implicites ou explicites) ?
 - Quels sont les objectifs d'apprentissages en termes de comportement observable et/ou de résultat attendu ?
 - Y'a-t-il des connaissances minimales que les apprenants doivent avoir (prérequis) ?
 - Quelles sont les ressources ou les contraintes (matérielles, humaines, logistiques, temps imparti...) ? ...

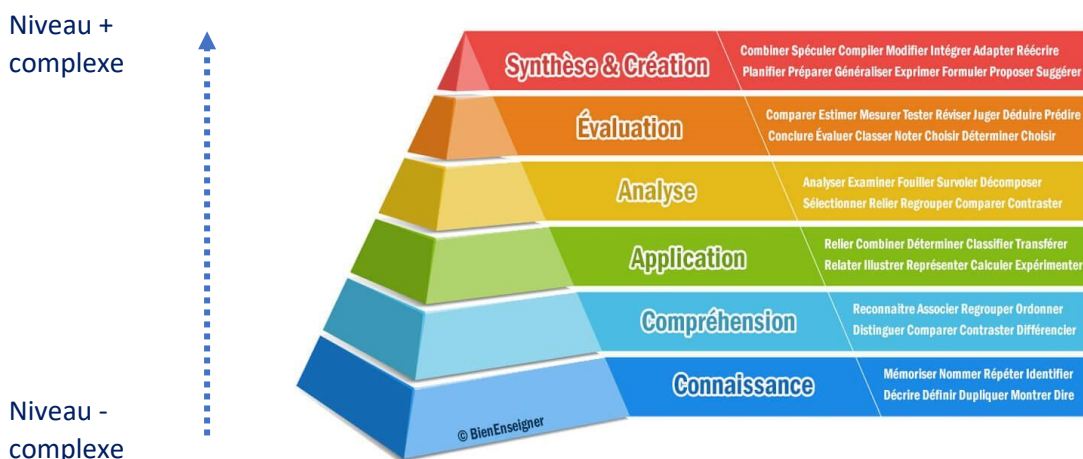
- II. **Design** : Cette deuxième phase permet de planifier le dispositif en utilisant les informations recueillies à l'étape de l'analyse. Nommée étape de conception, elle sert à spécifier les activités qui seront élaborées, à développer les stratégies pédagogiques et à sélectionner les médias d'apprentissage appropriés.

A cette étape, il est nécessaire de commencer par prendre en compte lors de l'élaboration de l'activité le type d'apprentissage que l'on compte aborder (savoir, savoir-être, savoir-faire). Dans la suite de la réflexion, il faut prendre en considération le niveau de complexité du/des objectif(s) d'apprentissage. La rédaction des objectifs d'apprentissage est l'élément déterminant dans l'élaboration de l'activité :

 - Elle aide à la planification rationnelle car elle construit la programmation et la progression autour de l'activité de l'apprenant,

- Elle permet au soignant-éducateur de penser et de préparer les activités de façon spécifique et détaillée,
- Elle est un moyen pour les équipes d'explicitier les valeurs, les désirs, les choix jusqu'alors souvent évacués dans les non-dits,
- Elle constitue une base relationnelle pour l'évaluation formative et permet l'autoévaluation,
- Elle conditionne le choix des moyens d'enseignement aux objectifs d'apprentissage, inversant une situation assez courante,
- Elle forme la base d'un système qui s'améliore lui-même si un constant feed-back des acteurs est pratiqué,
- Elle garantit au système une certaine consistance interne du fait de l'articulation des tâches des apprenants sur les objectifs sans cesse approfondis lors des apprentissages,
- Elle opérationnalise la formation,
- Elle ouvre la communication entre les acteurs (patients, aidants, soignants) en toute clarté et permet un contrat que l'évaluation finale des apprentissages et de l'enseignement viendra conforter
- Elle permet de personnaliser l'offre d'apprentissage par la sélection ou non de certains objectifs avec le patient.

Les objectifs d'apprentissages doivent être formulés avec des verbes d'actions mesurables et observables. Il faut proscrire les verbes tels que « connaître », « savoir » ou « comprendre » qui sont trop généralistes et difficilement évaluables. La taxonomie de Bloom a pour objet de garantir la cohésion des trois éléments que sont les objectifs, les activités (matériel) et les évaluations. Elle contribue ainsi grandement à l'élaboration de conditions d'apprentissage idéales visant à donner à l'apprenant de meilleures chances pour atteindre les objectifs d'un apprentissage donné.



Le terme « taxonomie » correspond à une classification hiérarchisée. La taxonomie des objectifs selon Bloom est utilisée en pédagogie pour définir de objectifs en fonction des opérations intellectuelles, du plus concret au plus abstrait. A chaque niveau correspond des opérations (tâches) spécifiques.

Le tableau ci-dessous issu de la taxonomie de Bloom permet de choisir un verbe adapté.

Objectif Cognitif ou Habileté	Connaître	Comprendre	Appliquer	Analyser	Synthétiser	Créer Juger Evaluer
Action attendue	Action de mémorisation, le patient répète ce qu'il a appris	Action de mémorisation et d'application, le patient traduit avec ses mots	Action d'application d'une règle ou d'une procédure dans une situation donnée. Le patient applique la règle dans la situation spécifique	Action de recherche et de mise en lien des informations entre elles, les organiser, les classer. Le patient peut catégoriser et comparer les informations. Le patient peut extraire des éléments, percevoir des tendances, extraire des idées.	Action de combiner des connaissances et des informations, des idées pour en produire des nouvelles. Le patient généralise à partir d'un certain nombre de faits et les met en rapport avec les connaissances de plusieurs domaines	Action de comparer des idées afin d'en déterminer des valeurs pour créer un argumentaire. Le patient augmente ses choix tout en vérifiant la valeur des preuves ou des idées, en intégrant aussi la part de subjectivité
Capacité à	Mémoriser et restituer des informations dans des termes voisins à ceux appris	Traduire et interpréter des informations en fonction de ce qui a été appris	Sélectionner ou transférer des données pour réaliser une tâche ou résoudre un problème	Distinguer, classer, mettre en relation des faits et la structure d'un énoncé ou d'une question	Concevoir, intégrer et conjuguer les idées en une proposition, un plan, un produit nouveau	Estimer, évaluer ou critiquer en fonction de normes et de critères que l'on se construit
Verbes à utiliser	Créer Décrire Définir Énumérer Désigner Nommer Sélectionner Identifier	Expliquer Démontrer Préciser Interpréter Résumer Traduire Illustrer Discuter Extrapoler	Appliquer Adapter Calculer Compléter Employer Établir Mettre en œuvre Représenter Schématiser Traiter	Décomposer Extraire Rechercher Choisir Discriminer Comparer Catégoriser	Composer Construire Créer Elaborer Inventer Mettre en rapport Mettre en lien Organiser Planifier Réarranger	Évaluer Juger Argumenter Critiquer Décider Tester Justifier Défendre Recommander
Critère d'évaluation	La réponse donnée est identique à celle qui devrait être mémorisée	La réponse donnée a le même sens que l'information à reformuler	La règle imposée ou choisie a bien été appliquée et le résultat est juste	L'analyse est pertinente, juste et complète.	Les réponses sont pertinentes et scientifiquement viables	

III. **Développement** : Cette troisième phase consiste à réaliser le système d'apprentissage en s'appuyant sur les deux phases précédentes. Elle peut également être nommée phase de production ou de réalisation (Deschamps, 2015) puisqu'elle vous conduira à réaliser un itinéraire pédagogique ⁽¹⁾ (ou conducteur ou fiche pédagogique) de l'activité. Cette phase permet la construction des scénarios pédagogiques, du matériel pédagogique et des activités d'apprentissage. Divers outils ⁽²⁾ d'information et d'animation, ainsi que diverses techniques ⁽³⁾ peuvent être utilisés pour la réalisation du dispositif. Les moyens de communication, d'interaction, de collaboration et d'assistance sont également créés.

1) L'itinéraire pédagogique :

Il s'agit d'un déroulé détaillé de référence rédigé pour toute une équipe, concernant un temps éducatif. C'est le **descriptif le plus exhaustif** possible répondant aux questions : qui anime, quels patients concernés, dans quel but, quand, comment, avec quels supports, pour quels résultats, ... Une personne qui n'a pas participé à la construction de l'activité doit, après avoir lu votre itinéraire pédagogique, pouvoir animer la séance sans se trouver en difficulté. Il contient le plus souvent :

- Titre de la séance collective à définir. Il permet de personnaliser le temps éducatif et doit être attractif pour les patients et annonceur du contenu.
- Public cible. Celui-ci est bien précisé : s'agit-il de patients dont la sélection porterait sur l'âge, le type de pathologie, la durée d'évolution, avec ou sans présence d'aidant, ...
- Objectif général : le thème général doit être bien clair pour tous et circonscrit.

- Objectifs éducatifs (ou opératoire) : il s'agit des sous-thèmes qui seront abordés lors de la séance. Ils définissent implicitement des connaissances ou des compétences qui seront proposées aux participants d'acquérir. Ils doivent être concrets, réalistes et compréhensibles :
- Nombre de participants : les limites minimales et maximales sont importantes à définir, notamment pour prévoir la salle, le nombre d'intervenants, la sécurité psychologique des participants, l'efficacité pédagogique...En général, le nombre minimal se situe autour de cinq et celui maximal autour de douze. Le recrutement se fait en amont. Il est fréquent que les personnes pressenties ne soient pas toutes présentes. Une réflexion préalable sur cette gestion est utile : prévoir un peu plus de patients est parfois intéressant pour pallier les absents.
- Intervenants : le type et le nombre d'intervenants doivent être précisés au départ, notamment pour des raisons pédagogiques et d'organisation. La présence d'un patient intervenant peut se justifier. Les intervenants auront tout intérêt à bien connaître le contenu de la fiche pédagogique afin de rester en phase et s'être vus et concertés avant la séance.
- Présentations : la séance commence en général par une présentation de chacun. Il est logique que les animateurs se présentent rapidement au départ et définissent les objectifs de la séance. Puis les participants se présentent lors d'un tour de table en précisant leurs attentes et besoins pour cette séance. Les règles de confidentialité strictes seront rappelées dès le début, ainsi que d'autres règles de fonctionnement.
- Matériel : il est important de lister le matériel nécessaire (tables, chaises, écran, paper-board, ordinateur, feutres, ...). A cet effet, vous établirez un document que vous pourrez appeler « Check-list pour l'atelier XXX » qui sera mis à disposition des soignants-animateurs.
- Méthodes et outils pédagogiques : ils doivent être décrits précisément tant dans leur contenu et quantité que dans leur modalité d'utilisation.
- Méthode d'évaluation : mesure de l'acquisition des objectifs du patient, outils d'évaluation.
- Durée : la durée de la séance peut varier entre 1 et 3 heures. La moyenne se situe souvent autour de 2 heures. Il faut un temps minimal pour que le groupe se reconnaisse et que la parole circule, et une limite est nécessaire en raison de la charge de fatigue, voire émotionnelle.
- Lieu : il peut être dans ou hors les murs de l'institution. Les précisions nécessaires en lien avec la gestion de la salle. Le fléchage est important à penser au préalable.
- Pauses : si la séance dure longtemps, une pause au milieu ou un repas au décours peuvent être proposés. Ce moment convivial est souvent riche en échanges informels.
- Des transmissions sont saisies dans le dossier éducatif, au cours ou au décours de la séance sur ce qui est dit et vécu par les participants. En ce cas, il est recommandé que ces écrits soient consultables par la suite par les autres soignants éducateurs, par exemple sur un dossier éducatif commun informatisé.
- Débriefing par les animateurs : ce temps est souvent oublié lors de la construction d'une séance collective. Il est très important car il permet de repérer les moments clés de la séance, les problèmes éventuels pour tel ou tel participant, les besoins d'amélioration (concernant l'organisation, l'animation, le contenu, etc.) et le ressenti des animateurs eux-mêmes dans ce travail. Ce temps peut être rapide, et gagne à être fait « à chaud », dans un souci d'efficacité et de gain de temps.

Pour une facilité et une rapidité de lecture, la fiche pédagogique est souvent présentée sous la forme d'un tableau dont vous trouverez ci-dessous une proposition de modèle. Il n'y a pas de document unique, vous pouvez donc l'aménager à votre guise

Atelier « xxxxxx »

Public : ex. Patient hémodialysé depuis 6 mois et son entourage

Ressources soignantes : ex. ide + Diététicienne

Objectifs Général : ex. A l'issue de l'atelier, chaque participant sera capable d'équilibrer son alimentation et de l'adapter à la dialyse

Matériel : photo expression d'aliments, paper-board, marqueurs (noir, rouge, vert), pâte à fixe

Durée de l'atelier : 2 heures + 15' de débriefing

Heure	Durée	Objectifs pédagogiques	Méthodes		Messages	Techniques/Outils	Commentaires
			Ce que fait le soignant-éducateur	Ce que fait le patient			
14H	15'	Ex. se présenter, exprimer son parcours, ses besoins d'information, ...	Ex. Animateur : présente le co-animateur, présente l'atelier, ... Co-animateur : Rappel les règles de confidentialité, rappel le non-jugement, ... L'animateur : propose un tour de table, « pour débiter, nous allons ... »	Chaque patient se présente, exprime ses besoins, ...	Expression orale	Tour de table	
14H15	30'	C1					
14H45	55'	C2					
15H40	10'	Consolidation des acquis et Conclusion	L'animateur explique la fiche mémo et conclut l'atelier Le co-animateur distribue la fiche mémo	Peuvent poser des questions		Fiche mémo	
15H50	10'	Evaluation	Fin de l'atelier, remerciement, le co-animateur distribue les questionnaires ...	Remplit le questionnaire de satisfaction avant de partir		Questionnaire de satisfaction	
16H	15'	Débriefing par les animateurs	Discussions autour des participants, recherche d'amélioration, vécu de la séance, ...				

2) Les outils :

Il existe deux types d'outils pédagogiques :

- **Les outils d'information** (dépliant, guides, fiches de conseil, brochure, DVD, vidéos, etc.) font souvent partie intégrante d'un programme éducatif. Proposés en complément et en synthèse de l'activité, ils visent la construction du savoir mais leur efficacité ne prend sens que dans l'accompagnement par le soignant. En effet, nous ne mémorisons qu'une petite partie de l'information que nous percevons.



Un outil d'information gagne à être proposé au patient après l'activité éducative, pour renforcer les acquisitions.

- **Les outils d'animations** sont des supports de forme variée associés à une démarche pédagogique et élaborés dans le but d'aider le patient à apprendre. Ils apportent une double contribution : pour le soignant-éducateurs, ils lui permettent de mieux structurer son intervention ; pour le patient, ils l'aident à participer, à susciter sa curiosité, ils l'incitent à se questionner, à remettre en cause certaines idées préconçues et lui donnent l'envie d'apprendre. Il est mis à disposition du soignant-éducateur qui peut s'en inspirer ou créer ses propres outils dans le but d'améliorer les savoirs, les savoir-faire et le savoir-être du patient. Une aide extérieure peut permettre leur réalisation : association, institution, firme pharmaceutique, ... Il est conçu pour aider à la réalisation de l'activité éducative individuelle ou collective mais ne peut se substituer à une interaction entre le soignant et le patient. Quelle que soit la qualité de l'outil, son efficacité dépendra surtout de la qualité de l'animation pédagogique. Pour ce faire, ils seront partagés en équipe pour une appropriation par tous et quelle que soit leur origine, il sera nécessaire de les tester au préalable auprès de quelques patients.

Pour choisir un outil pédagogique, Y. Magar et S. Jacquemet proposent de raisonner en fonction des objectifs que l'on veut atteindre : faciliter la prise de conscience, soutenir la motivation, développer des compétences d'autosoins et d'autogestion, aider à la prise régulière du traitement, développer des compétences d'adaptation et de communication, ...

3) Les techniques :

Il existe de nombreuses techniques pédagogiques pour animer des séances d'ETP. Les techniques pédagogiques sont des procédés utilisés par le formateur au service d'une démarche pédagogique : exposé, tour de table, étude de cas, mise en situation, ... Elles sont complémentaires, ciblant des domaines différents de compétence, et visent à favoriser les apprentissages. Elles permettent de gérer, expliquer, découvrir et évaluer les objectifs pédagogiques. Elles peuvent concerner le savoir, le savoir-faire ou le savoir-être.

Le choix de la technique s'appuie sur l'analyse de la situation éducative. Il est lié au domaine de compétence visé, à l'objectif de la séance et aux besoins spécifiques de la personne ou du groupe. Il peut s'agir du simple apport de connaissance à la démarche de résolution de problème. Quelques critères, sans prétention d'exhaustivité, peuvent en guider le choix :

- La mise en lien avec le contenu à traiter
- La pertinence, au regard de la compétence à acquérir et des objectifs de la séance d'ETP
- Le respect des principes d'apprentissage : participation active, interactivité, progression à un rythme individuel
- La commodité de la technique : facilité d'application et emploi régulier dans le contexte où se déroulent les séances, préférences de l'animateur
- La durée, le lieu de la séance, le fait qu'elle soit individuelle ou collective
- L'adaptation au public : âge, niveau de lecture et de compréhension, difficultés d'apprentissage, difficultés de compréhension de la langue, situation de handicap sensoriel, ...

Les 2 tableaux ci-dessous vous présentent quelques techniques utilisables selon si le soignant-éducateur se trouve dans une configuration d'entretien individuel ou de séance en groupe d'ETP

(Source : d'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient : Approche pédagogique. 5e éd. Paris : Maloine ; 2016, 170 p. et Comité régional d'éducation pour la santé Languedoc-Roussillon et IREPS Languedoc-Roussillon. Techniques d'animation en éducation pour la santé. Fiches synthétiques 2009).

Techniques pédagogiques utilisables en entretien individuel d'ETP

<i>Catégorie d'objectifs</i>	<i>Noms des techniques</i>
Savoir	Entretien Étude de cas Simulation Pilulier Classeur-imagier Planning thérapeutique Conseil téléphonique, aide à la décision Échanges par courriels
Savoir-faire	Pilulier Travaux pratiques Simulation de gestes techniques Apprentissage gestuel, activité physique
Savoir-être	Entretien centré sur l'émotion Jeu de rôle Entretien à partir d'une lecture, d'un film

Techniques pédagogiques utilisables en séance de groupe d'ETP

<i>Catégorie d'objectifs</i>	<i>Noms des techniques</i>
Accueil et présentation	Tour de table Portrait chinois Portrait minute Présentation croisée
Savoir	Tour de table des idées et des besoins Exposé interactif Étude de cas Remue-méninges (brainstorming) Metaplan® Technique de l'arbre Photolangage®, art langage Dessin de l'esprit, cartes conceptuelles (mind map)
Savoir-faire	Simulation de gestes techniques Atelier cuisine, lecture d'étiquettes alimentaires, courses... Activités physiques et sportives, promenades didactiques
Savoir-être	Table ronde Remue-méninges (brainstorming) Jeu de rôle Étude de cas Technique de l'arbre Séances de relaxation Projection d'un film Activité sportive Activité esthétique

- IV. **Implantation** : Cette quatrième phase, aussi nommée implémentation ou diffusion, consiste à rendre le produit disponible aux patients et/ou aux aidants. À cette étape, le soignant-éducateur planifie la participation de chacun en fonction des besoins individuels en lien avec ce qui a été convenu lors des différents BEP. La mise en œuvre doit être organisationnelle et technologique afin d'assurer le bon déroulement de chaque atelier

Le déroulement d'une séance d'ETP :

Le nombre minimal de participants à une séance d'ETP est de 5 personnes. Dans l'idéal, il doit être compris entre 7 et 10. Le port de la blouse blanche n'est pas nécessairement conseillé mais peut dans certaines circonstances être discuté. Il est recommandé de débiter chaque séance par un rituel, par exemple, installer la salle et boire un café. Il est nécessaire de présenter les participants et les soignants-éducateurs. Une des personnes présentes définit le cadrage horaire. Un rappel des règles éthiques est effectué à chaque séance :

- Pas de jugement de la part des soignants ni des patients entre eux ;
- Ecoute et respect de la parole de l'autre ;
- Confidentialité : ne pas divulguer d'informations nominatives en dehors de la séance, ...

Au cours des séances, l'équipe soignante valorise et conforte le patient, reformule ses propos pour lui signifier l'importance de sa parole qui est appropriée et partagée au sein du groupe. L'équipe relance le propos à partir des paroles des patients et laisse **se dérouler la séance selon le rythme du groupe**. Les soignants-éducateurs adoptent une attitude empathique et bienveillante.

En conclusion des séances, les soignants-éducateurs effectuent une synthèse. Quinze minutes avant la fin de la séance, un tour de table est proposé : chaque participant indique ce qui l'a marqué au cours de la rencontre et comment il se sent à l'issue de la séance. Il peut être utile avant de se quitter de rappeler la date de la séance suivante.

- V. **Évaluation** : Cette dernière phase du modèle ADDIE consiste à émettre un jugement sur la qualité et l'efficacité du système dans le but d'apporter les modifications nécessaires. Cette phase d'évaluation du produit permet la révision du dispositif afin d'identifier les lacunes.

Définitions :

- Synopsis = document rédigé, le plus souvent sous la forme d'un tableau, qui présente le cadre de votre programme, son idée générale, les différents temps ainsi que les modalités d'apprentissage.
- Itinéraire pédagogique = Aussi appelé guide d'animation ou scénario pédagogique, ce document est généralement constitué de plusieurs parties : le timing, les objectifs de chaque séquence, les compétences qui devront être acquises à la fin de la séance, le déroulé (dans les grandes lignes) de la séquence, les techniques et supports utilisés.
- Séquence pédagogique : Ensemble d'étapes détaillées (objectif pédagogique, consignes, rôle de chacun, techniques et outils d'animation, timing, ...) bien structuré par le soignant-éducateur qui consiste à ordonner efficacement le contenu de manière à aider le participant à atteindre ses objectifs. Elle se divise souvent en 3 temps : l'ancrage (contenu et contexte), la formalisation (dégager les principales règles) et le ré-ancrage (adapter à des nouveaux contextes)