

4

Résumé

Puisque la gestion d'une situation de santé serait quasi impossible sans que le patient acquière certaines compétences, ce texte explore les perceptions des patients pouvant influencer leur autonomisation en situation d'éducation tertiaire et identifie des stratégies potentiellement autonomisantes pour les adresser. L'approche synthèse interprétative critique fût utilisée. Trois perceptions des patients sont résumées : la perception d'être partenaire avec les professionnels, la perception de la compréhension de leur état et la perception de l'influence ou du contrôle de leur situation. Identification de stratégies de nature éducative et comportementale. Les perceptions des patients démontrent qu'ils ne se sentent pas aussi autonomisés que les professionnels pensent, alors il est recommandé de reconnaître les perceptions qui nuisent à l'autonomisation, ainsi que des stratégies pour les gérer. Ceci inclut la considération du niveau de littératie en santé du patient ainsi que l'utilisation accrue d'outils validés avec des méthodes qualitatives auprès de populations variées.

Mots clés Autonomisation, éducation à la santé, perceptions, stratégies

Perceptions des patients pouvant influencer l'autonomisation en lien avec l'éducation à la santé tertiaire ainsi que les stratégies potentiellement autonomisantes : analyse de synthèse interprétative critique

ASSUMPTA NDENGEYINGOMA & CAROLYNE DUFRESNE

Introduction

L'éducation à la santé est reconnue comme une stratégie permettant à une personne de s'approprier des compétences afin de construire des réponses adaptées à ses besoins et ses attentes. Plusieurs professionnels de la santé, entre autres les physiothérapeutes, ergothérapeutes, les infirmières et les médecins, pratiquent cette éducation afin de rendre les différentes personnes qui les consultent aptes à adopter

volontairement des comportements favorables à la santé.[1] En effet l'éducation à la santé englobe les pratiques au niveau primaire de promotion de la santé chez les bien-portants, au niveau secondaire de prévention de la maladie chez les clients démontrant des comportements les plaçant à risque de développer des maladies, ainsi qu'au niveau tertiaire, centré sur les patients atteints d'une maladie chronique ou aiguë. Le niveau tertiaire se précise par 3 pratiques qui se complètent : l'éducation du patient à la maladie qui renseigne le patient sur les effets de sa maladie; l'éducation thérapeutique du patient qui vise l'adhésion volontaire aux traitements et l'éducation pour la santé des patients, pratique qui souligne l'importance de promouvoir des saines habitudes de vie chez les gens atteints de maladies.[2] Peu importe le niveau d'éducation en matière de santé, il faut miser sur l'autonomisation de la personne concernée.

L'autonomisation des patients découle de plusieurs mouvements politiques, sociaux et communautaires observables en Europe et Amérique du Nord.[3] En 1977, l'organisation mondiale de la santé (OMS) a émis la

déclaration Alma Ata qui favorise les soins de santé primaire, suivi en 1986 de l'adoption de la charte d'Ottawa, qui est axée sur la santé publique [4, 5]. Par la suite, il y a eu la création des hôpitaux promoteurs de la santé, dont un volet Québécois est en développement continu depuis 2005.[6,7] La création du bulletin de l'éducation du patient a eu lieu au cours des années 1980.[7,8] En 1993, la Belgique fonde un organisme d'infirmières éducatrices à la santé.[8] Récemment, aux États-Unis, les organismes similaires ont entrepris des efforts pour faire accréditer leurs programmes.[9]

L'autonomisation en éducation à la santé

L'autonomisation est devenue incontournable dans les pratiques d'éducation à la santé au niveau tertiaire par le fait qu'elles doivent se concentrer simultanément sur les connaissances et l'autonomisation des patients, plutôt que de favoriser une seule de ces constructions individuelles.[10] Il est reconnu que la gestion d'une situation de santé serait quasi impossible sans que le patient acquière les compétences nécessaires.[11] Cependant, la réalité est inquiétante. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé fait constat des études qui estiment qu'environ 30 % des Canadiens souffrent d'une maladie chronique.[12] Il y a des études, par exemple ceux de Chapko et al.[13] ainsi que Favé et al.[14] qui estiment que seulement 38 % à 55 % des patients admissibles à des programmes de formation sur leur maladie optent d'y participer.

L'autonomisation en contexte de maladie chronique ajoute une dimension qui consiste à faire face à la nouvelle réalité, ce qui peut inclure d'établir des nouveaux objectifs pour sa situation, d'une part pour que le patient puisse se protéger, et d'autre part pour qu'il puisse s'épanouir.[15] Toutefois, il faut considérer que cette expérience peut être influencée par plusieurs contextes dans lesquels cette personne chemine. A cet égard, il est approprié de se questionner si l'autonomisation personnelle en soi est possible. Il serait pertinent que les professionnels de la santé considèrent les perceptions des patients lorsqu'ils visent l'autonomisation lors des interventions éducatives. En fait les perceptions sont importantes à considérer puisqu'elles peuvent mener une personne à développer l'initiative de s'engager dans des comportements favorables.[16]

Dans le cadre d'un projet interhospitalier visant l'exploration des facteurs liés à l'adhérence aux comportements de santé et aux traitements prescrits, Deccache et al. rapportent qu'au niveau de la qualité de l'enseignement reçu, 20% des patients se disent satisfaits, alors que 60% disent qu'il y aurait place à l'amélioration et que 20% sont insatisfaits.[17,18]

D'ailleurs, des auteurs tels que Bulsara et al.[19] ainsi que Cooper et al.[20] rapportent que les patients ressentent que le système de santé n'est pas structuré pour promouvoir leur implication. Des écrits récents, incluant ceux de Newton et al.[21] et Piper,[22] démontrent que lorsque des infirmières et des médecins sont questionnés à propos de leur compréhension de l'autonomisation des patients, les professionnels ont un focus sur l'autonomisation dite clinique, telle qu'offrir de l'information au patient à propos de sa condition, et font moins référence aux principes émancipatoires que peut évoquer ce concept, entre autres l'éveil de la conscience politique envers le changement. On peut alors en conclure que le fait que l'éducation à la santé tertiaire implique plusieurs professionnels qui se partagent les tâches d'éducation aux patients selon leur expertise, il serait alors important au niveau du partage d'un regard commun de leur visée de l'autonomisation. D'ailleurs McCarthy et al.[23] expriment qu'il serait plus utile pour la recherche et la pratique de préciser une définition fonctionnelle pour uniformiser la compréhension de ce terme par les différents professionnels. Par contre, les écrits démontrent que l'autonomisation peut être un concept qui n'est pas facile à opérationnaliser.

L'autonomisation comme terme polysémique

Le terme « autonomisation » circule dans la littérature depuis environ trente ans et a des implications dans différents domaines de la santé, tels que le domaine des sciences infirmières, la psychologie et la politique.[24,25] L'autonomisation découle du terme anglophone *empowerment*. L'*empowerment* est dérivée du latin, *potere*, qui veut dire habileté.[23] L'autonomisation est souvent discutée en termes d'autonomisation communautaire inspirée de l'éducateur Brésilien P. Freire, d'autonomisation individuelle ou psychologique inspirée des psychologues communautaire J. Rappaport et M.A. Zimmerman, ou d'autonomisation organisationnelle inspirée de la sociologue R. M. Kanter.[4,19,26-35]

L'autonomisation est un terme polysémique, par le fait qu'il présente plusieurs sens.[36] Il est tantôt défini comme un processus, tantôt comme un résultat,[37] ou comme un processus menant à des résultats.[38] Comme processus, ce sont les stratégies employées pour assister un individu ou un groupe dans le but d'augmenter leurs moyens à faire face à leur environnement. Comme résultat, ces stratégies favorisent la maîtrise des moyens qui permettent à ces individus ou groupes de se conscientiser, d'augmenter leur estime de soi, de se sentir en contrôle, de prendre l'initiative

et ainsi favoriser l'amélioration de leurs conditions de vie.[37,39] Certains auteurs émettent l'hypothèse que le sens de l'autonomisation en terme de définition varie selon le contexte,[35,40] tandis que d'autres prétendent que les différences sont principalement au niveau de l'emphase placée sur les différentes sous composantes et non pas dans la définition de l'autonomisation comme telle.[39,41]

À la lumière des constats concernant l'application de l'autonomisation en éducation à la santé décrite ci-haut, l'objectif de ce texte est d'identifier les perceptions des patients pouvant influencer leur apprentissage en situation d'éducation à la santé tertiaire ainsi que des stratégies potentiellement autonomisantes pour les adresser. Deux construits théoriques sont utilisés afin de repérer des concepts à travers la littérature répertoriée. Les composantes du réseau nomologique de l'autonomisation psychologique de Zimmerman[35] (traduction libre) facilitent le repérage de concepts liés à l'autonomisation en situation d'éducation tertiaire à travers la littérature. Les étapes du modèle élargi d'éducation autonomisante (traduction libre) de Downey et al.,[42] de par leur nature d'être des verbes actifs, facilitent le repérage de concepts liés aux stratégies potentiellement autonomisantes. Le terme potentiellement est employé puisqu'il serait hâtif de dire que toutes les stratégies identifiées sont formellement reconnues comme favorisant l'autonomisation en situation d'éducation tertiaire, mais ils sont toutefois des stratégies répertoriées à travers des études ayant l'autonomisation et l'éducation à la santé comme sujet. Les construits théoriques sont expliqués ici-bas.

Le réseau nomologique de l'autonomisation psychologique

L'autonomisation psychologique est choisie comme cadre puisque le but de cette étude est d'adresser les perceptions des patients qui peuvent influencer leur apprentissage. L'autonomie psychologique est précurseur à l'autonomisation organisationnelle et communautaire. Explorer celle-ci en premier peut faciliter la compréhension du lien entre les autres niveaux d'autonomisation.[35,43]

Un réseau nomologique englobe les lois, les propriétés observables ou théoriques d'un concept, afin de comprendre et définir ces derniers. L'étude continue des concepts permet l'enrichissement du réseau.[44] Le réseau nomologique de l'autonomisation psychologique a été développé suivant des années de recherche par des psychologues communautaires. Un questionnaire basé sur une sous-section des concepts du réseau a obtenu une mesure de l'alpha de Cronbach de 0.71.[45]

L'autonomisation psychologique peut être décrite par 3 composantes : la composante intrapersonnelle, la composante interactionnelle et la composante comportementale. Chaque composante est constituée de plusieurs sous-composantes qui peuvent être perçues chez une personne. La composante intrapersonnelle, de façon générale, fait référence à comment les gens se perçoivent à travers les domaines spécifiques de leur vie, tel qu'au sein de leur famille, le travail ou le contexte sociopolitique. Cette perception se définit à travers le sens du contrôle perçu face à une situation, l'auto-efficacité que la personne perçoit face à ses habiletés, la motivation, ainsi que la compétence perçue face à une situation.[35] La composante interactionnelle fait référence à la compréhension que détiennent les gens quant à leurs choix de comportements pour atteindre les objectifs qu'ils se fixent dans une situation. Cette composante interactionnelle se perçoit par une conscience critique face aux objectifs fixés, une analyse des agents causals qui ont une influence sur une situation, le développement des compétences ainsi que le transfert des connaissances nécessaires pour arriver au résultat escompté.[35] La composante comportementale inclut les actions concrètes déployées pour influencer directement le résultat d'une situation ou l'atteinte des objectifs fixés. Les actions peuvent découler de la participation au niveau communautaire, de la participation au niveau organisationnel ou des stratégies d'adaptation de la personne pour faire face aux multiples facteurs de stress présents dans une situation.[35] Zimmerman précise que les composantes du réseau nomologique peuvent varier selon le contexte.[35] Ainsi, dans le domaine de la santé, il serait important d'inclure certains facteurs contextuels qui ont une influence dans une situation de santé, telle que le stade de développement d'une personne.

Le modèle élargi d'éducation autonomisante

Les étapes du modèle élargi d'éducation autonomisante (traduction libre) de Downey et al.[42] ont facilité le repérage de concepts liés aux stratégies autonomisantes. Ce modèle est une adaptation du modèle d'éducation populaire de Freire, qui préconise l'engagement actif des citoyens afin d'améliorer leur santé individuelle et communautaire. Les principes démocratiques sont au cœur de l'identification des besoins d'apprentissage dans ce contexte.

Le modèle élargi d'éducation autonomisante comporte quatre étapes. Il s'agit de l'écoute, le dialogue, la délibération et l'action. L'écoute inclut la documentation des besoins en matière de santé avec une personne ou un groupe afin de pouvoir investiguer les causes. Le dialogue permet

l'identification des approches pour adresser, l'identification de leurs besoins ou objectifs liés, aux causes identifiées. L'action se définit par l'exécution des étapes concrètes identifiées en vue d'atteindre les objectifs. Avant de passer à la mise en œuvre des actions nécessaires, l'étape de la délibération a été suggérée par Downey et al.,[42] puisqu'il rajoute et accentue l'élément de prise de décision partagée au choix des approches pour atteindre les objectifs. Dans le cadre de cette étude, des stratégies liées à l'étape de l'action ne sont pas explicitées, puisque l'action est en fait l'exécution des stratégies nécessaires identifiées dans les étapes précédentes. De plus, l'ajout d'une étape d'évaluation, qui est présentement manquante dans ce modèle, permettrait d'ajuster les actions entreprises.

Méthodologie

L'approche synthèse interprétative critique (traduction libre) est utilisée comme méthodologie dans le cadre de cette étude. Cette approche intègre une méthodologie d'examen systématique avec une tradition d'enquête qualitative.[46] Elle est basée sur la méta-ethnographie. Elle transforme l'analyse générale de la meta-ethnographie vers un nouveau format conceptuel, en produisant un ou plusieurs arguments synthétiques.[46] Cette approche est utile lorsque des chercheurs sont confrontés à un intérêt intellectuel auquel la recherche qualitative pourrait répondre, mais qui ne se limite pas nécessairement à une hypothèse spécifique.[46] Elle permet l'exploration de sujets en développement continuels qui échappent aux méthodes de revue traditionnelles, ce qui est approprié pour le concept de l'autonomisation en éducation à la santé tertiaire. Par exemple, cette approche a été initialement développée afin d'explorer les facteurs liés à l'accès aux soins de santé par les groupes vulnérables.[47] Elle a aussi permis l'identification du concept d'être consommé par l'acte de respirer (traduction libre) que vivent certains patients atteints de la maladie pulmonaire obstructive chronique.[48] Une limite de cette approche est le risque d'interprétations alternatives des mêmes données qui pourraient être effectuées par différents auteurs. Pour fonder l'interprétation sur une preuve vérifiable, plausible et réflexive permettant de reproduire les mêmes résultats, un tableau démontrant l'extraction des données est suggéré.[47,49] Les étapes de la méthode synthèse interprétative critique sont la recherche des documents pertinents, l'évaluation des documents repérés, l'extraction des données et la synthèse des données.

Afin de rechercher des documents pertinents, la première étape consiste à définir les critères d'inclusion et d'exclusion

qui régissent la sélection des études [49]. Dans le cadre de cette étude, les études retenues devaient répondre au critère d'être descripteurs de l'autonomisation en lien avec l'éducation à la santé ainsi que la perception des patients, principalement via des entrevues ou des questionnaires. Afin de ne pas trop diluer les propos des patients, des méta-analyses ou recensions des écrits n'ont pas été incluses. Trois recherches ont été effectuées dans les bases de données Cinahl with Full text, Medline with full text, Eric et Psychology and behavioural sciences collection afin de repérer des articles issus des dix dernières années. Une recherche avec les mots-clés *empowerment, health education et perception** a mené à 120 articles, dont six ont été retenus. Une recherche avec les mots-clés *empowerment, health education et strateg** a mené à 331 articles, dont six ont été retenus. Deux autres articles ont été trouvés, car ils étaient dans la liste de références des autres articles recherchés.

Afin d'évaluer la qualité et la pertinence des études trouvées, les articles repérés ont été lus en considérant la fidélité de leurs composantes (titre, résumé, objectif, introduction méthodes, analyses, éthique, résultats, généralisabilité, implications pratique) par rapport au sujet annoncé par les auteurs, ainsi que leur représentation du sujet de la présente étude.[50] À cause du peu d'écrits disponibles sur le sujet, une lecture manuelle des études a permis de déterminer si elle adressait des fonctions d'enseignement au patient, même si ce n'était pas spécifié dans le titre. Une méthode complémentaire à préconiser pour faciliter le tri, lorsqu'il y a beaucoup d'écrits sur un sujet, est d'accorder un score numéroté aux différentes composantes de l'étude.[44] Les articles qui n'ont pas été retenus n'étaient pas assez reliés au phénomène étudié, par exemple, une mesure de l'autonomisation dans le domaine de la gestion industrielle, etc. D'autres articles ont été rejetés, car ils étaient rédigés dans une langue autre que l'anglais ou le français.

L'extraction des données s'est faite en analysant chaque étude afin de comprendre et résumer ses composantes dans un tableau sommaire.[46] Cela permet l'identification des concepts liés au cadre théorique de l'étude.

La synthèse des données se fait en 4 phases adaptées de la méta-ethnographie. Pour chaque étude retenue, l'auteur de l'analyse doit, en premier lieu, comprendre l'étude pour ce qu'elle est pour ensuite la comprendre dans le contexte des autres études. Ensuite, les concepts identifiés dans chaque étude individuelle peuvent être traduits, d'une étude à une l'autre, afin de produire un compte réduit, du contenu et du contexte de toutes les études, qui s'appelle des concepts synthétiques.[46]

Afin d'offrir un regard perspicace formalisé et généralisable d'un phénomène, les concepts synthétiques identifiés à l'étape précédente du processus sont en dernier lieu organisés dans des réseaux identifiables de concepts synthétiques, appelés des arguments de synthèse (traduction libre).[46,47] Les concepts synthétiques ainsi que les arguments de synthèse identifiés sont décrits ci-bas.

Résultats

Les perceptions des patients, en situation d'éducation tertiaire pouvant influencer leur autonomisation, se résument à trois arguments de synthèse : la perception d'être partenaire avec les professionnels, la perception du patient de la compréhension de son état de santé ainsi que la perception de l'influence ou du contrôle de sa situation. Cette analyse a permis l'identification de stratégies potentiellement autonomisantes de nature éducative ainsi que de nature comportementale.

Perception d'être partenaire avec les professionnels

Les concepts synthétiques qui forment cet argument de synthèse sont la perception par le patient que le professionnel discrédite son expérience personnelle,[51] ainsi qu'un manque d'engagement vers un but commun de la part du patient ou du professionnel.[38] Ils découlent de la composante intrapersonnelle du réseau nomologique de l'autonomisation.

Les patients croient que ça va à l'encontre des valeurs de l'autonomisation s'ils perçoivent que les professionnels discréditent leurs connaissances ou leurs expériences personnelles.[51] Un exemple concret de ceci est raconté par un patient diabétique, depuis plusieurs années, qui explique au professionnel qu'il croit que les ajustements qu'il a apporté à ses doses d'insuline ont stabilisé son taux de glycémie. Le patient espérait que le professionnel allait discuter avec lui à propos de ses observations, mais le professionnel lui a répondu qu'il a certainement le droit d'ajuster ses doses d'insuline, mais qu'il espère que sa femme ne le retrouvera pas inconscient dans la nuit. Ceci n'est pas pour dire que le patient a toujours raison dans une situation, mais il a le droit de se sentir comme un partenaire avec le professionnel et mérite de recevoir, si possible, des explications plausibles à ses questionnements.[38,51]

L'engagement vers un but commun peut être difficile dans un contexte où le professionnel de la santé et le patient ne partagent pas les mêmes perceptions et croyances concernant l'autonomisation.[25] Les écrits rapportent que

les patients qui se perçoivent comme étant un partenaire avec leur professionnel expriment davantage leurs besoins et leurs inquiétudes sans crainte, ce qui pourrait leur permettre de mieux gérer leur situation au quotidien.[38,52] Précisons ici que dans la littérature, les termes partenaire et partenariat sont souvent utilisés de manière interchangeable, les termes anglophones étant *partnership* et *partner*. Le concept du partenariat dans le domaine de la santé fût popularisé suivant la description du concept par l'OMS.[25,53] Une analyse systématique Rogérienne du concept de partenariat a démontré que, peu importe la discipline, le concept de partenariat inclus, la mise de côté des relations de pouvoir afin de travailler vers l'atteinte d'objectifs établis ensemble.[25,54] Les partenaires sont les personnes qui sont en relation,[36] le partenariat est le système qui associe des partenaires[36] et le terme relation de partenariat fait référence spécifiquement aux caractéristiques des liens d'interaction existants entre les personnes et le système [36].

Perception du patient de la compréhension de son état de santé

Cet argument de synthèse regroupe trois concepts synthétiques : la complexité des informations reçues, le manque de cohésion des informations reçues ainsi que la perception que le professionnel ne considère pas l'expérience du patient. Ils découlent de la composante interactionnelle du réseau nomologique de l'autonomisation.

Les patients rapportent que le jargon médical leur est complexe,[55,56] devenant une source d'anxiété qui nuit à leur prise de décision éclairée.[56] Un dépliant peut transmettre des connaissances, mais c'est le counseling personnalisé qui augmente le sentiment d'autonomisation du patient, ce qui pourrait aider ultimement à ce qu'il gère sa situation plus adéquatement.[57] Dans ce sens, les patients apprécient lorsqu'un professionnel se montre disponible pour répondre aux questions.[38] Tel que discuté dans la section précédente, il ne s'agit pas non plus de parler aux patients comme s'ils n'ont aucune connaissance ou expérience.

La perception d'un manque de cohésion des renseignements reçus des différents professionnels est rapportée comme étant nuisible à la compréhension qu'a la personne de son état de santé,[55] que ce soit un manque de cohésion quant aux conseils offerts ou un manque de cohésion dans l'organisation du suivi. Par exemple, certains patients rapportent avoir trois rendez-vous dans trois centres différents dans la même journée. Ce qui augmente le risque de fractionnement et de dédoublement des services, ce qui peut nuire au traitement, aux résultats escomptés et à la compréhension globale qu'à

la personne de son état de santé.[55]

Un phénomène similaire, mais différent de la discréditation, qui a été discuté dans la section précédente, est lorsque le patient perçoit que le professionnel ne considère tout simplement pas ses expériences ou ses connaissances dans plusieurs domaines de sa vie, que ce soit le domaine social, cognitif ou éducatif. Cela mène à ce que les conseils reçus du professionnel ne soient pas mis en application puisque le patient perçoit que ça ne répond pas à ses besoins.[51] L'effet inverse est aussi confirmé : il y a des patients qui expliquent que si le professionnel prend le temps de les connaître comme personne, cela les rend plus à l'aise d'exprimer leurs besoins réels.[58] Les professionnels expliquent qu'ils veulent enseigner aux patients selon leurs besoins individuels, mais qu'ils perçoivent qu'ils manquent de temps pour le faire.[59] Il est connu que si le temps n'est pas pris afin de comprendre les besoins du patient, cela augmente le risque de problèmes tels que des prescriptions ou des conseils inappropriés à leur condition.[60] En effet, lorsque le temps n'est pas pris pour vérifier leur compréhension, les patients perçoivent qu'il est extrêmement difficile de comprendre une nouvelle information, surtout si elle est perçue comme étant complexe, et de leur demander de prendre une décision éclairée à l'égard de cette nouvelle information, tout en étant en confiance.[51]

Perception de l'influence ou du contrôle de sa situation

Cet argument de synthèse fait référence à ce que les patients décrivent comme étant la réalisation qu'ils puissent contrôler, ou du moins influencer leur situation de santé. Selon la littérature consultée, ceci semble se faire principalement grâce à l'implication ou au soutien des personnes significatives qui les entourent[55,58] ou via l'implication d'une source plus formalisée, tel qu'un groupe de soutien.[58,61-63] Ces perceptions découlent de la composante comportementale du réseau nomologique de l'autonomisation.

Les professionnels peuvent encourager le patient à développer son réseau de soutien familial ou de groupe de soutien. Les patients qui se décrivent comme étant bien entourés se disent plus satisfaits des résultats de leurs interventions.[55] Toutefois, ce n'est pas tous les patients qui s'intéressent à participer à des groupes, soit parce qu'ils n'aiment pas s'exprimer devant d'autres, ou par rapport au découragement qu'ils vivent lorsque la santé d'un membre du groupe se détériore.[55]

La considération des effets que peuvent avoir ces perceptions amène à chercher des stratégies qui pourraient s'avérer plus

efficaces pour les gérer. Il y a des patients qui expliquent que si la relation avec le professionnel se vit de façon à ce qu'ils ne détiennent pas de pouvoir, ils ne retournent plus voir ce professionnel, car ils perçoivent que leurs besoins ne sont pas comblés. Cela augmente le risque de complications dû à un manque complet de suivi de leur état et les mène à la recherche continue d'un professionnel qui leur laissera participer à leurs soins.[58] Les deux prochains concepts synthétiques se penchent sur le sujet des stratégies potentiellement autonomisantes.

Stratégies potentiellement autonomisantes pour adresser les perceptions des patients

Une analyse des écrits selon les composantes du modèle élargi de l'éducation autonomisante a permis l'identification de cinq concepts synthétiques, qui sont des stratégies potentiellement autonomisantes en situation d'éducation à la santé tertiaire. Ces concepts synthétiques sont regroupés en deux arguments de synthèse : les stratégies potentiellement autonomisantes de nature éducative et les stratégies potentiellement autonomisantes de nature comportementale.

Stratégies de nature éducative

Les stratégies potentiellement autonomisantes de nature éducative se rapportent à l'écoute du patient pour valider sa compréhension,[62] le dialogue avec lui en présentiel ou avec des technologies de l'information et de la communication (TIC),[56,64] ainsi que la délibération sur les actions à entreprendre grâce à la considération de la rétroaction reçue de la part du patient.[16,53,61]

L'importance de vulgariser l'information et de la partager avec le patient tout en offrant des réponses claires à ses questions est généralement reconnue.[32] Toutefois, le temps n'est pas toujours pris pour valider si la personne a compris l'information présentée. Ce manquement peut avoir un impact sur les actions que le patient entreprendra par la suite.[62]

L'utilisation appropriée des TIC peut être une stratégie efficace afin de partager de l'information avec les patients. Par exemple, il peut être pertinent d'adopter la correspondance par courriel puisque c'est reconnu comme une stratégie simple permettant de faciliter certains échanges ou suivis routiniers avec les patients, surtout lorsque ce moyen de communication est apprécié par ce dernier.[56] D'autres outils potentiellement intéressants sont des sites Internet où les patients atteints de divers problèmes chroniques ou aigus peuvent compléter des activités de transmission d'informations, mais aussi des activités interactives leur

permettant de communiquer avec des professionnels ou d'autres malades, pour mieux comprendre leur situation de santé.[65] Il est rapporté que l'adhérence est un but principal dans la plupart des sites qui existent jusqu'à présent, mais qu'il y a tout de même un certain niveau de communication qui y est exercé.

Que ce soit pour un enseignement ponctuel ou plus formalisé, il est impératif de demander de la rétroaction de la part des patients à l'égard du déroulement de l'entretien éducatif afin de mieux adapter les objectifs de la session d'enseignement actuelle ou des sessions futures selon les besoins du patient.[19,55,63]

Stratégies de nature comportementale

Afin d'encourager l'adoption volontaire de comportements favorables à la santé, il importe d'utiliser des stratégies de nature éducative appropriées pour que l'enseignement soit clair et structuré. Toutefois, une séance d'éducation à la santé ne serait pas complète sans aussi employer des stratégies qui favorisent le développement des habiletés comportementales du patient. Les 2 stratégies identifiées sont à discuter avec le patient en considérant ses forces[62,66] et ses craintes[62] ainsi que l'enseignement des techniques d'autogestion.[38,67] Ils découlent des étapes de dialogue et de délibération du modèle élargi d'enseignement autonomisante.

Une discussion des faiblesses ou des craintes que les patients ressentent face à leur situation de santé peut exposer un sentiment de vulnérabilité, mais cette vulnérabilité peut devenir une force transformative pour le patient et le professionnel si l'atmosphère est sans jugement et respecte les valeurs du patient face à sa situation.[62] En plus de discuter des forces, il est conseillé de bâtir les objectifs du patient en collaboration avec lui à partir de ses forces.[66]

L'accent dans cette étude est mis sur les perceptions en lien avec l'autonomisation en situation d'éducation tertiaire. Par contre, il ne faut pas oublier qu'il y a des patients qui adoptent le rôle de malade traditionnel. Pour certains, ils disent se résigner à faire ce que les professionnels exigent, car c'est trop taxant d'essayer de faire autrement.[38] Pour d'autres, ils disent préférer que ce soit le professionnel qui décide. Selon Aujoulat, Hoore, et Deccache, ces patients peuvent être perçus comme étant autonomisés, tant qu'ils ont choisi librement de faire ainsi.[68] Le professionnel peut quand même compléter une séance d'enseignement en sensibilisant ces patients à l'importance d'effectuer des activités qui encouragent ou qui maintiennent leur

responsabilisation, selon le cas, en leur enseignant des techniques d'autogestion. Certains patients rapportent que cela diminue leur anxiété.[38] Par exemple, lorsqu'un patient reçoit un diagnostic d'hypertension, il est nécessaire de lui enseigner la prise de sa tension artérielle. Afin qu'il puisse gérer son état de façon responsable, il est aussi important qu'il comprenne l'importance d'enregistrer ses résultats et qu'il reconnaisse les symptômes qui nécessitent une consultation professionnelle.[38,67] Le patient est invité à participer à la gestion responsable de son état, sans toutefois lui donner l'impression qu'il est scruté par manque de confiance envers ses habiletés.[67]

Discussion

Cette analyse démontre que l'utilisation de l'approche synthèse interprétative critique est appropriée pour explorer systématiquement l'utilisation pratique des concepts issus de modèles théoriques à travers la recherche. Cette approche a déjà été utilisée pour effectuer des analyses, pour voir l'application réelle des lignes directrices à travers les expériences racontées par les patients dans la littérature, par exemple au sujet de l'utilisation de la morphine pour traiter la douleur liée au cancer.[49] Présentement il n'y a pas de lignes directrices concernant l'autonomisation qui ont pu être identifiées, alors l'utilisation de modèles théoriques était un choix approprié.

Depuis quelques années, le terme autonomisation commence à apparaître dans divers documents liés à la pratique en sciences infirmières, tel que dans les lignes directrices de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario s'intitulant « Client centered care »[69] et aussi dans un autre guide relatif à l'autogestion des états chroniques.[70] Pour des raisons se rapportant à la traduction des documents, le terme a pris quelques années additionnelles à commencer à apparaître dans la version francophone des documents. Le concept est souvent mentionné en termes vagues qui limitent pour l'instant son application clinique. Par exemple, une stratégie dite autonomisante est « l'évaluation continue des valeurs et sentiments du patient » (traduction libre).[69 p 13] Évaluer les sentiments à quel(s) sujet(s) serait considéré autonomisant? Si les valeurs sont évaluées, mais ne sont pas réellement prises en compte lors de l'établissement d'un plan thérapeutique, est-ce vraiment autonomisant? Ces imprécisions conceptuelles sont communes lorsqu'un concept est encore à son enfance.[71] Le concept du caring en sciences infirmières a passé des années à être critiqué comme étant un concept flou, sa survie étant questionnée.[72] Le caring est maintenant reconnu par de nombreux auteurs

influent de la discipline infirmière (P. Benner, E. Kübler-Ross, J. Watson, etc.) comme étant un concept évolutif important à la discipline infirmière, ayant une définition opérationnelle à travers un modèle conceptuel de pratique et des facteurs de caritas cliniques définis et mesurables.[73]

L'étendue d'une analyse systématique va de pair avec les écrits disponibles sur le sujet. L'autonomisation étant un concept relativement nouveau dans le domaine de la santé, la définition est en développement continu, alors la littérature disponible doit parfois être laissée à une interprétation judicieuse. Les termes, surtout ceux se rattachant aux sous-composantes de l'autonomisation, ne sont pas toujours clairement identifiés dans la littérature. Une approche systématique d'extraction des données facilite ce processus, tel que celle préconisée par l'approche synthèse interprétative critique.

Considérant qu'il y a eu le développement de 50 questionnaires pour mesurer l'autonomisation dans le domaine de la santé dans les deux dernières décennies,[71] il est surprenant que seulement une étude de Johansson, Katajisto et Salanterä[57] dans cette analyse rapporte en avoir utilisé. Les auteurs d'une revue systématique des questionnaires mesurant l'autonomisation recommandent l'utilisation en premier lieu du Family Empowerment Questionnaire, puisqu'il détient une bonne mesure de consistance interne, mais aussi de validité de contenu.[71] Quatre autres questionnaires sur les cinquante ont été identifiés comme étant de qualité modérée, donc acceptable pour l'utilisation.

Malgré que l'éducation à la santé tertiaire des patients peut s'effectuer dans divers milieux, la plupart des études répertoriées étaient concentrées dans des cliniques, sauf deux en milieu hospitalier et un à domicile. À premier regard, on pourrait penser que les stratégies autonomisantes identifiées à travers une situation de maladie chronique seraient les mêmes en clinique ou en centre hospitalier, puisqu'à la base c'est la même maladie, mais est-ce vraiment le cas? La littérature répertoriée démontre que les stratégies reliées à l'autonomisation seraient similaires, mais la façon dont elles sont mises en application ne le serait pas toujours. Toutefois, il y a peu d'études en centre hospitalier qui explorent le concept de l'autonomisation.

La littérature répertoriée mentionne de façon générale la pertinence de considérer les facteurs socioculturels du patient afin de personnaliser son enseignement, sans toutefois préciser davantage. Il est connu que le terme autonomisation soit employé dans le contexte de plusieurs mouvements sociaux d'actualité, tel que le mouvement des

femmes, du Black Power et des droits des gais, en passant par l'autonomisation des étudiants, des adolescents, des professeurs et allant à l'autonomisation des personnes ayant contracté le VIH ou des personnes vivant avec le sida.[74 p67,76]. Il y a un besoin de mieux comprendre les expériences d'une variété de populations afin de pouvoir développer des stratégies efficaces pour intervenir auprès d'elles. Ceci doit se refléter dans la littérature et l'éducation des professionnels. Par exemple, il est connu que l'expérience de la solitude chez une personne âgée peut changer son discours avec le professionnel,[76] mais en même temps, il ne faut pas affirmer que toutes les personnes âgées vivent la solitude.[77] Par ailleurs, il est estimé que jusqu'à 50 % de patients se décrivant comme homosexuels ou gais abandonneraient leur service professionnel après une seule visite puisqu'ils ne se sentent pas compris par le professionnel.[78] Qu'en est-il des différences culturelles et générationnelles? Il faut mieux comprendre les méthodes de communication utilisées par divers groupes afin de pouvoir rejoindre les membres les plus vulnérables de ces groupes. L'autonomisation du patient devrait être un choix, pas une obligation à se débrouiller seul puisque leur trajectoire personnelle n'a pas été comprise. Un moyen pour mieux comprendre la trajectoire des patients serait de mieux comprendre l'impact de la littératie en santé sur leur trajectoire. La littératie en santé est définie comme étant la capacité de trouver, de comprendre, d'évaluer et de communiquer l'information, de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé au cours de la vie.[79 p13] C'est beaucoup plus que l'habileté de lire ou écrire. Le niveau de littératie en santé d'une personne est facilité par de nombreux facteurs tels que la scolarité, la culture, la langue, l'âge et le statut d'emploi.[79 p13,24] Une personne doit être en mesure de demander de l'information aux professionnels, de comprendre les réponses et de les transmettre au besoin à ses proches ou à d'autres professionnels.[80 p9] Les Canadiens ayant les niveaux de littératie en santé les plus faibles sont deux fois et demie plus susceptibles d'être dans un état de santé moyen ou mauvais que ceux qui ont des niveaux de littératie en santé plus élevés.[80 p2] Le but n'est pas de remplacer l'expert, mais le lien délicat entre la littératie en santé et l'autonomisation démontre que la communication jouerait un rôle clé pour aider les patients à prendre des décisions favorables à leur santé. Par exemple, un bon niveau de littératie sans autonomisation peut mener à un patient en détresse ou frustré et inutilement trop dépendant du système de santé, tandis qu'un patient dit autonomisé, mais avec un faible taux de littératie en santé risque de prendre des décisions davantage dangereuses à sa santé, dues en partie à un manque de compréhension de

l'information nécessaire.[81]

Malgré que l'identification des agents causals à une situation soit discutée dans le réseau nomologique d'autonomisation psychologique, peu d'exemples sont répertoriés dans la littérature. Un phénomène similaire est observé, par exemple, dans le domaine de l'éducation, où des stratégies autonomisantes identifiées au niveau micro incluent par exemple la collaboration entre un stagiaire et son accompagnateur,[82 p17,25] mais il est connu qu'il y a des enjeux de pouvoir plus large qui régissent entre les acteurs dans les écoles.[83] Comment adéquatement adresser les facteurs au niveau micro tout en incluant la considération réelle des facteurs macro qui ont aussi une influence sur la pratique. Il y a des auteurs tels que Spence Laschinger et al.[32] qui ont émis l'hypothèse que si les professionnels se sentent davantage autonomisés, ils se serviront davantage de stratégies autonomisantes avec leurs patients. Il faut noter aussi que plusieurs écrits consultés démontrent un besoin de rehausser l'autonomisation dans le domaine de la santé. Par exemple, il est suggéré de développer des conseils des patients dans les milieux, afin d'encourager la participation au niveau politique et procédural du milieu.[84]

En dernier lieu, il dépasse le cadre de ce présent texte d'adresser en détail les enjeux liés à l'utilisation des TIC en éducation à la santé, mais les dires des patients démontrent que c'est un phénomène qui prend de l'ampleur et qui se doit aussi d'être étudié davantage pour maximiser leur autonomisation. Les organismes tels que les ordres professionnels sont des bons points de départ pour s'informer des enjeux pratiques de la mise en place de protocoles à cet effet, en adressant par exemple les fins pour le(s)quel(s) il est approprié d'utiliser les TIC, les conditions pour les patients, les responsabilités du professionnel, la confidentialité, etc. Dans la littérature, le Canada est décrit comme un leader en qualité de sites Internet sur la santé.[64] Toutefois, lorsqu'une personne utilise un moteur de recherche pour chercher un terme relié à la santé, les sites Internet fiables ne sont pas toujours les premiers à apparaître dans la liste des résultats. Il serait pertinent d'envisager de promouvoir l'accès rapide, simple, fiable, centralisé et organisé à ces sites, par exemple par un site Internet central.[64] Il ne faut pas oublier l'importance de s'assurer que le patient détient les capacités d'utiliser les ressources.

Cette discussion mène à réaliser qu'il y a un net besoin d'utiliser des outils validés pour explorer l'autonomisation, et ce à travers différents milieux et différentes populations, incluant des populations marginalisées. Tel qu'est le cas pour d'autres concepts qui se rattachent à la pratique, cela

permettrait de générer des données plus significatives à travers les différentes études, augmentant l'utilité clinique de ces dernières. Tout en augmentant l'utilisation des questionnaires validés, il ne faut pas oublier la richesse d'information que peuvent amener les entrevues auprès des acteurs concernés. L'approche synthèse interprétative critique peut faciliter la structuration de ce type d'analyse.[46]

Conclusion

Cette analyse démontre que des concepts théoriques tels que l'autonomisation ne sont pas faciles à opérationnaliser, mais qu'ils sont bien plus que des mots à la mode. Plus spécifiquement, on peut considérer que l'utilisation de l'approche synthèse interprétative critique facilite la synthèse structurée de concepts présents dans la littérature. Dans le cas présent, cette approche a permis l'identification des perceptions des patients pouvant influencer l'autonomisation en lien avec l'éducation à la santé tertiaire ainsi que les stratégies potentiellement autonomisantes pour les adresser. Ces perceptions se résument à trois arguments de synthèse : la perception d'être partenaire avec les professionnels, la perception du patient quant à la compréhension de son état de santé, ainsi que la perception de l'influence ou du contrôle de sa situation. Cette analyse permet de comprendre que lorsqu'il est question d'aborder des stratégies autonomisantes, il est nécessaire de prendre en considération celles de nature éducative ainsi que celles de nature comportementale. Les stratégies de nature éducatives incluent la vérification de la compréhension du patient, le regard sur la rétroaction du patient, ainsi que l'inclusion des TIC pour faciliter la communication routinière et l'apprentissage général sur la maladie. Les stratégies de nature comportementale identifiées incluent la discussion avec le patient à propos de ses forces et ses craintes pour faciliter l'établissement d'objectifs individualisés ainsi que l'enseignement des techniques d'autogestion pour faciliter le suivi de son état.

Une limite notée dans la littérature répertoriée est que les populations dans ces études sont généralement des adultes vivant des situations de maladie chronique, qui consultent les professionnels dans des cliniques. Il serait important de mieux comprendre comment l'autonomisation est vécue en situation d'éducation tertiaire dans d'autres contextes et auprès d'autres populations, incluant des populations marginalisées. Afin de favoriser l'adoption d'un langage commun lié à l'autonomisation ainsi que l'utilité des résultats générés par la recherche, l'utilisation accrue d'outils validés pour recueillir des données en conjonction avec

des méthodes qualitatives auprès de populations variées, est recommandée. L'influence et l'évaluation du niveau de littératie en santé seraient aussi des éléments prioritaires à considérer à travers la communication avec les patients. Dans le contexte d'éducation tertiaire, cela faciliterait l'identification de pratiques innovantes qui favoriseraient l'adaptation du patient face à sa maladie. Les perceptions des patients identifiées dans cette étude démontrent qu'ils ne se sentent pas aussi autonomisés que les professionnels le penseraient. Dans un contexte éducatif où le professionnel et le patient ne partagent pas les mêmes perceptions concernant l'autonomisation, il est recommandé de reconnaître les perceptions qui nuisent à son autonomisation, ainsi que des stratégies qui pourraient aider à les gérer efficacement.

Références

- 1.Hagan L, Bujold L. Éduquer à la santé: L'essentiel de la théorie et des méthodes. Québec, Québec: presses de l'Université Laval, 2010; 172.
- 2.Buttet P. Le concept d'éducation pour la santé centrée sur le patient. *Recherche en soins infirmiers* 2002; 72:41-8.
- 3.Ojanlatva A. Patient education in Finland. *Patient Education and Counseling* 2001; 44(1):49-54.
- 4.Falk-Rafael AR. Empowerment as a process of evolving consciousness: a model of empowered caring. *Advances in Nursing Science* 2001; 24(1):1-16.
- 5.Visser A, Deccache, A, Bensing J. Patient education in Europe : united differences. *Patient Education and Counseling* 2001; 44(1):1-5.
6. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Réseau québécois des hôpitaux promoteurs de santé: Un réseau fondé par L'OMS. 2012. Disponible: <http://hps.santemontreal.qc.ca/le-reseau-quebecois/historique/>. Consulté le 18 février 2014.
- 7.Deccache A, van Ballekom K. From patient compliance to empowerment and consumer's choice: Evolution or regression? An overview of patient education in French speaking European countries. *Patient Education and Counseling* 2010; 78:282-7.
- 8.Deccache A, van Ballekom K. Patient education in Belgium: evolution, policy and perspectives. *Patient Education and Counseling* 2001; 44(1):43-8.
- 9.Allegrente JP, Airhihenbuwa, CO, Auld ME, Birch DA, Roe KM & Smith BJ. The National task force on accreditation in health education. Toward a unified system of accreditation for professional preparation in health education. Final report of the national task force on accreditation in health education. *Health Education & Behavior* 2004; 31(6): 668-83.
- 10.Camerini L, Schulz, PJ, Nakamoto K. Differential effects of health knowledge and health empowerment over patients' self-management and health outcomes: A cross-sectional evaluation. *Patient Education & Counseling* 2012; 89(2):337-44.
- 11.Chatzimarkakis J. Why patients should be more empowered: a european perspective on lessons learned in the management of diabetes. *Journal of Diabetes Science and Technology* 2010; 4(6):1570-3.
12. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. L'enseignement de l'autogestion pour améliorer la santé et réduire les admissions à l'hôpital des patients atteints de maladies chroniques. Données à l'appui pour la qualité. 2007 Disponible: http://www.fcass-cfhi.ca/Migrated/PDF/EvidenceBoost/boost10_f.pdf. Consulté le 04 avril 2013.
13. Chapko MK, Norman J, Bell-Hart M, Nagusky D, Cornell FA. Increasing the utilization of outpatient diabetes education programs. *Diabetes Educator* 1987;13(2):116-9.
- 14.Favé S, Desmaris JP, Maurice C, Decullier E, Duquesne B, Laville M. Freins à la participation des patients en stade 3 de la maladie rénale chronique à l'éducation thérapeutique proposée en réseau de santé. *Néphrologie et Thérapeutique* 2014; 10(2):112-7.
- 15.Elliott TR, Witty TE, Herrick S. Negotiating reality after physical Loss: hope, depression and disability. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991; 61(4): 608-613.
- 16.Strecher VT, DeVellis BM, Becker MH, Rosenstock IM. The role of self-efficacy in achieving health behavior change. *Health Education Quarterly* 1986;13(1):73-92.
- 17.Deccache A, Aujoulat I. A European perspective: common developments, differences and challenges in patient education. *Patient Education and Counseling* 2001; 44(1):7-14.
- 18.Deccache A, Malice A, Libion F, Renard C. Évaluation préalable au projet « Adhésion aux traitements: comprendre et agir »: synthèse des résultats. *Bulletin d'Éducation du Patient* 1995; 14(1):13-15.
- 19.Bulsara C, Ward, A, Joske D. Haematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies to control illness. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13(2):251-8.

20. Cooper HC, Booth K, Gill G. Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health Education Research* 2003; 18(2):191-206.
21. Newton P, Scambler S, Asimakopoulou K. Marrying contradictions: Healthcare professionals perceptions of empowerment in the care of people with Type 2 Diabetes. *Patient Education & Counseling* 2011; 85(3): e326-9.
22. Piper S. Patient empowerment: Emancipatory or technological practice? *Patient Education & Counseling* 2010; 79(2):173-7.
23. McCarthy V, Holbrook Freeman, LA. Multidisciplinary concept analysis of empowerment : implications for Nursing. *Journal of Theory Construction & Testing* 2008; 12(2):68-74.
24. Hindsworth MF, Lang, TB. *Community Participation and Empowerment*. New York: Nova Science Publishers, 2009; 435.
25. Gallant HM, Beaulieu, MC, Carnevale, FA. Partnership: an analysis of the concept within the nurse-client Relationship. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 40(2):149-57.
26. Pigg KE. Three faces of empowerment: expanding the theory of empowerment in community development. *Community Development Society Journal* 2002; 33(1):107-23.
27. Rekart L. Sex-work harm reduction. *The Lancet* 2005; 366(9503): 2123-34.
28. Donahue MO, Piazza IM, Griffin MQ, Dykes, PC, Fitzpatrick JJ. The relationship between nurses' perceptions of empowerment and patient satisfaction. *Applied Nursing Research* 2008; 21(1):2-7.
29. Engströmrn M, Wadensten B, Häggström, E. Caregivers' job satisfaction and empowerment before and after an intervention focused on caregiver empowerment. *Journal of Nursing Management* 2010; 18(1):14-23.
30. Wiggins N. Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. *Health Promotion International* 2012; 123(4):356-71.
31. Toofany S. Patient empowerment : myth or reality? *Nursing Management* 2006; 13(6):19-22.
32. Spence Laschinger KH, Gilbert S, Smith LM, Leslie K. Towards a comprehensive theory of nurse/patient empowerment: applying Kanter's empowerment theory to patient care. *Journal of Nursing Management* 2010; 18(1):4-13.
33. Sparks AM. Psychological empowerment and job satisfaction between Baby Boomer and Generation X nurses. *Journal of Nursing Management* 2012; 20(4):451-60.
34. Green J, Bouthillette, F, Suryaprakash, N. An empowerment framework for nursing leadership development: supporting evidence. *Journal of Advanced Nursing* 2012; 68(1):159-69.
35. Zimmerman MA. Psychological empowerment: issues and Illustrations. *American Journal of Community Psychology* 1995; 23(5): 581-99.
36. Dictionnaire Larousse, Paris, France: Éditions Larousse; 2012. Disponible : <http://www.larousse.fr>. Consulté le 22 mai 2014.
37. Dumont D, Aujoulat I. L'empowerment et l'éducation du patient. 2002 . Disponible: www.md.ecl.ac.be/entities/esp/reso/dossiers/dos18.pdf Consulté le 08 janvier 2006.
38. Nygårdh A, Dan Malm KW, Ahlström G. The experience of empowerment in the patient-staff encounter: the patient's perspective. *Journal of Clinical Nursing* 2012; 21: 897-904.
39. Office québécois de la langue française. L'autonomisation. 2003 Disponible : http://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=1298948. Consulté le 29 septembre 2012.
40. Christensen M, Hewitt-Taylor J. Empowerment in nursing : maternalism or paternalism? *British Journal of Nursing* 2006; 15(13):695-99.
41. Runqdvist E, Lindström U A. Empowerment and authorization –who provides and who receives? A qualitative meta-study of empowerment in nursing research: a caring science perspective. *International Journal for Human Caring* 2005; 9(4):24-32.
42. Downey LH, Anyaegbunam C. & Scutchfield FD. Dialogue to deliberation: Expanding the empowerment education model. *American journal of health behaviour* 2009; 33(1): 26-36.
43. Ely Yamin A. Suffering and powerlessness: the significance of promoting participation in rights-based approaches to health. *Health and Human Rights Journal* 2009; 11(1):5-22.
44. Cronbach LJ, Meehl, PE. Classics in the history of psychology : Construct validity in psychological tests. First published in *Psychological Bulletin* 52, p. 281-302. 1955. Disponible: <http://psychclassics.yorku.ca/Cronbach/construct.htm>. Consulté le 08 mai 2014.
45. Israel BA, Checkoway B, Schulz, A & Zimmerman, MA. Health education and community empowerment: Conceptualizing and measuring perceptions of individual,

organizational and community control. *Health education Quarterly* 1994; 21(2): 149-70.

46.Flemming K. Synthesis of quantitative and qualitative research: an example using Critical Interpretive Synthesis. *Journal of Advanced Nursing* 2010;66(1): 201-17.

47.Dixon-Woods M, Cavers D, Agarwal S, Annandale A, Arthur A, Harvey J, Hsu R, Katbamna S, Olsen R, Smith L, Riley R & Sutton A J. Conducting a critical interpretive synthesis of the literature on access to healthcare by vulnerable groups. *Biomed Central Medical Research Methodology* 2006; 6(1): 35.

48.Harrison SL, Apps L, Singh SJ, Steiner MC, Morgan MDL & Robertson N. 'Consumed by breathing' - A critical interpretive meta-synthesis of the qualitative literature. *Chronic Illness* 2014; 10(1): 31-49.

49.Flemming K. The use of morphine to treat cancer-related pain: A synthesis of quantitative and qualitative research. *Journal of Pain & Symptom Management* 2010; 39(1):139-53.

50.Hawker SPS, Kerr C, Hardy M & Powell J. Appraising the evidence: reviewing disparate data systematically. *Qualitative Health Research* 2002; 12(9): 1284-1299.

51.Paterson B. Myth of empowerment in chronic illness. *Journal of Advanced Nursing* 2001; 34(5): 574-581.

52.Hain D, Dunn JD, Tappen RM. Patient-provider partnership in a memory disorder center. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2011; 23(7): 51-6.

53.World Health Organisation. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September; 1978.

54.Doss S, DePascal P, Hadley K. Patient-nurse partnerships. *Nephrology Nursing Journal* 2011; 38(2): 115-25.

55.Cleek EN, Wofsy M, Boyd-Franklin N, Mundy B, Howell TJ. The Family Empowerment Program: An Interdisciplinary Approach to Working with Multi-Stressed Urban Families. *Family Process* 2012; 51(2): 207-17.

56.Davis TS, Gavazzi SM, Scheer SD, Uppal R. Measuring Individualized parent advocate services in children's mental health: a contextualized theoretical application. *Journal of Child and Family Studies* 2011; 20(5): 669-84.

57.Johansson K, Katajisto J& Salanterä. Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19(21-22): 2980-8.

58.Murphy K, Casey D, Dinneen S, Lawton J, Brown F. Participants' perceptions of the factors that influence Diabetes Self-Management Following a Structured Education (DAFNE) Programme. *Journal of Clinical Nursing* 2011; 20(9-10): 1282-92.

59.Morgan AK. Client education experiences in professional nursing practice – a phenomenological perspective. *Journal of Advanced Nursing* 1994(4); 19: 792-801.

60.Tamblyn R, Berkson L., Dauphinee WD, Gayton D., Grad R., Huang A, Isaac L, McLeod P & Snell L. Unnecessary prescribing of NSAIDs and the management of NSAID-related gastropathy in medical practice. *Annals of Internal Medicine* 1997; 127(6): 429-38.

61.Yeh M-Y, Che, H-L, Lee, L-W, Horng, F-F. An empowerment process: successful recovery from alcohol dependence. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(7): 921-9.

62.Stang I, Mittelmark MB. Learning as an empowerment process in breast cancer self-help groups. *Journal of Clinical Nursing* 2009; 18(14): 2049-2057.

63.Liu C-H, Chao Y-H, Huang C-M, Wei FC, Chien LY. Effectiveness of applying empowerment strategies when establishing a support group for parents of preterm infants. *Journal of Clinical Nursing* 2010; 19(11-12): 1729-1737.

64.Bastian H. Health literacy and patient information: Developing the methodology for a national evidence-based health website. *Patient Education and Counseling* 2008;73(3): 551-6.

65. Barlac A, Engberg A, & Pallesen B. Interdisciplinary Information Design with an Empowerment Strategy. *Studies In Health Technology And Informatics* 2006; 122: 200-4.

66.Porr C, Drummond M-J, Richter S. Health literacy as an empowerment tool for low-income mothers. *Family & Community Health* 2006; 29(4): 328-35.

67.Sadala ML A, Miranda MG, Lorençon M & de Campos Pereira EP. Nurse-patient communication while performing home dialysis: the patients' perceptions. *Journal of Renal Care* 2010; 36(1): 34-40.

68.Aujoulat I, Hoore, W, Deccache, A. Patient empowerment in theory and practice : Polysemy or cacophony? *Patient education and Counseling* 2007;66:13-20.

69.Registered Nurses association of Ontario. *Nursing Best Practice Guidelines: Client centered care*; 2002, [updated 2006]. p81. Disponible: http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Client_Centred_Care_0.pdf. Consulté le 25 mai 2014.

- 70.Ordre des Infirmières et Infirmiers de l'Ontario. Lignes directrices sur les pratiques exemplaires en soins infirmiers: Stratégies permettant de soutenir l'autogestion des états chroniques: la collaboration avec les clients; 2010; p93. Disponible: <http://rnao.ca/bpg/language/strategies-permettant-de-soutenir-lautogestiondes-etats-chroniques-la-collaboration-ave> Consulté le 28 mai 2014.
- 71.Herbert RJ, Gagnon AJ, Rennick JE & O'Loughlin J. A Systematic Review of Questionnaires Measuring Health-Related Empowerment. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Review* 2009; 23(2): 107-32.
- 72.Plante A. La survie du caring est-elle possible? *L'Infirmière Canadienne* 1996; 92(7): 42-6.
- 73.DiNapoli P, Nelson J, Turkel M & Watson J. Measuring the caritas processes: Caring Factor Survey. *International Journal for Human Caring* 2010; 14(4): 16-21.
- 74.Jacob CGA. Recours à l'apprentissage expérientiel dans La transformation de la pratique médicale de six professionnels dans le contexte de la pandémie du VIH-SIDA. : Doctorat en éducation à l'Université du Québec à Montréal; 2012.
- 75.Gibson CH. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing*. 1991;16(3):354-61.
- 76.Baldock J, Haldow J. Self-talk versus needs-talk: an exploration of the priorities of housebound older people. *Quality in Aging – Policy, Practice & Research* 2002; 3(1):42-8.
- 77.Afshar, H, Franks M, Maynard M & Wray S. Gender ethnicity and empowerment in later life. *Quality in Ageing – Policy, practice and research* 2002; 3(1): 27-33.
- 78.Rudolph J. Counselor's attitudes towards homosexuality: A selective review of the litterature. *Journal of counseling & Development*. 1988; 67(3): 165-8.
- 79.Rootman I, Gordon-El-Bihbety D. A Vision for a health literate Canada: report of the expert panel on health literacy. Ottawa: Association canadienne de santé publique.; 2008. p48. Disponible : http://www.cpha.ca/uploads/portals/h-l/report_e.pdf Consulté le 29 mai 2014.
- 80.Conseil canadien sur l'apprentissage. Lire l'avenir : Pour répondre aux besoins futurs du Canada en matière de littératie. Ottawa.2008. 81 p. Disponible: <http://www.ccl-cca.ca/pdfs/ReadingFuture/LiteracyReadingFutureReportF.pdf> Consulté le 29 mai 2014.
- 81.Schulz PJ & Nakamoto K. Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling* 2013; 90(1):4-11.
- 82.Guillemette F & L'Hostie M. Favoriser la progression des stagiaires en enseignement. Québec: Presses de l'Université du Québec; 2011. 282 p. Chap. 1: 5-33.
- 83.Lovorn M, Szymanski Sunal C, McFadyen Christensen L., Sunal DW & Shwery C. Who's in control? Teachers from five countries share perspectives on power dynamics in the learning environment. *Journal of Research in International Education* 2012; 11(70): 70-86.
- 84.Brooks F. Nursing and public participation in health: An ethnographic study of a patient council. *International Journal of Nursing Studies* 2006; 45(1): 3-13.

Pour contacter les auteures:
Assumpta Ndengeyingoma, Inf., Ph.D.
Professeure
Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières
C.P. 1250, Succ. Hull
Gatineau Québec, J8X-3X7
Canada
Courriel: assumpta.ndengeyingoma@uqo.ca

Carolyne Dufresne, Inf., M.Sc.Inf.
Infirmière à l'Hôpital général d'Ottawa
Chargée de cours
Université du Québec en Outaouais
Département des sciences infirmières