

L'empowerment et l'éducation du patient

D. DOUMONT
I. AUJOLAT

Août 2002
Réf. : 02-18

INTRODUCTION.....	3
1 GENERALITES.....	5
1.1 EMPOWERMENT INDIVIDUEL, COMMUNAUTAIRE ET ORGANISATIONNEL.....	5
1.2 L'EMPOWERMENT INDIVIDUEL DANS L'EDUCATION DU PATIENT	7
2 L'EMPOWERMENT EN THEORIE : UN PROCESSUS ET/OU UN RESULTAT DIFFICILE A MESURER.....	8
2.1 L'EMPOWERMENT COMME PROCESSUS ET/OU RESULTAT D'UN PROCESSUS.....	8
2.2. METHODES D'EVALUATION ET INDICATEURS DE MESURE DE L'EMPOWERMENT DU PATIENT.....	11
3 L'EMPOWERMENT EN PRATIQUE / ESSAI D'OPERATIONNALISATION DU CONCEPT.....	14
3.1 OBJECTIFS EDUCATIFS LIES A L'EMPOWERMENT	14
3.2 FACTEURS FAVORISANT L'EMPOWERMENT	14
3.3 PROPOSITION DE PROGRAMME EDUCATIF VISANT L'EMPOWERMENT DU PATIENT	17
4 CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES POUR LES HOPITAUX PROMOTEURS DE SANTE.....	19
5 BIBLIOGRAPHIE.....	22
6 ANNEXES.....	24

UCL – RESO Dossier technique 00-18

Dominique DOUMONT, Isabelle AUJOULAT¹.
Unité RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain.

L'empowerment et l'éducation du patient.

INTRODUCTION

L'un des enjeux d'un hôpital promoteur de santé est de mettre en place des activités d'éducation pour la santé du patient qui s'intéressent aussi aux dimensions psychologique et sociale du patient (sa vie !), et qui ne soient pas centrées uniquement sur sa maladie et son traitement (définition de l'éducation thérapeutique du patient).

L'*empowerment* du patient, qui était l'un des thèmes principaux développés lors de la dernière Conférence internationale sur les hôpitaux promoteurs de santé (Bratislava, 15-17 mai 2002), est pressenti comme un enjeu important pour une éducation du patient visant à aider le patient à effectivement « renforcer sa capacité à agir sur les facteurs déterminants de sa santé » (cf Charte d'Ottawa).

L'objet de ce dossier technique, qui fait suite à une précédente revue de littérature réalisée par Aujoulat I. et al² (1) et qui s'inscrit dans le cadre de la collaboration de l'Unité RESO-UCL avec le réseau des hôpitaux promoteurs de santé de la Communauté française de Belgique, est d'explorer dans la littérature comment le concept d'*empowerment* est compris (définitions ? objectifs ? indicateurs ?) et opérationnalisé (stratégies ? méthodes ? évaluations ?) dans les activités d'éducation du patient, en particulier en milieu hospitalier.

Les articles retenus pour ce dossier technique ont été essentiellement sélectionnés sur les six dernières années (1996-2002) avec les mots clés suivants « patient education » et « *empowerment* » à partir des bases de données Medline (88 articles trouvés), Current Content (42 articles trouvés) et Sciencedirect (127 articles trouvés).

¹ L'analyse des publications a été réalisée par I. Aujoulat, V. Barholere, B Sandrin-Berthon, D. Doumont, Fr. Libion, Ph. Meremans et Fr. Renard.
H/users/fixe/rech/dossierdd/empower

² Cette revue de littérature a été présentée à la 10^{ème} Conférence Internationale sur les Hôpitaux promoteurs de santé à Bratislava, 15-17 mai 2002. La synthèse de cette revue de littérature sous forme de diapositives, de même que la liste des références bibliographiques sont présentées en annexe du présent dossier technique.

Les abstracts de l'ensemble de ces articles ont été passés en revue avec les deux critères suivants :

1. l'*empowerment* devait concerner les patients (et non pas le personnel soignant ou d'autres personnes),
2. l'éducation du patient décrite dans l'article devait porter sur d'autres aspects que la simple transmission d'information concernant la maladie et le traitement.

Au total, 37 articles répondaient à ces deux critères.

Parmi ces 37 articles, 27 ont fait l'objet d'une première analyse, présentée lors de la Conférence de Bratislava ⁽¹⁾ . Les résultats de cette première analyse étaient les suivants :

- les articles analysés étaient, pour la plupart, des articles théoriques de réflexion (13/27). Treize autres articles (13/27) concernaient des résultats de recherche (mais un seulement portait directement sur l'*empowerment* et l'envisageait comme variable dépendante). Aucun article ne contenait la description pratique d'un programme visant l'*empowerment* du patient...
- plus d'un tiers des articles (11/27) concernait les patients diabétiques, tandis qu'un autre tiers (10/27) concernait d'autres maladies chroniques (cancer de la prostate, polyopathie chez les personnes âgées, douleurs chroniques chez les patients en phase terminale). Six articles, bien que traitant d'*empowerment* et d'éducation du patient ne contenaient aucune indication sur le type de patient ou de pathologie concernés !
- la définition de l'*empowerment* est variable suivant les articles, l'*empowerment* du patient étant décrit tantôt comme un processus, tantôt comme un résultat, parfois comme les deux à la fois !
- trois types de finalité concernant l'*empowerment* dans l'éducation du patient ont été décrits : (i) autogestion de la maladie et du traitement, (ii) capacité de participer aux soins et de faire des choix éclairés, (iii) auto-efficacité psychosociale et accès à une meilleure qualité de vie. Les articles axés uniquement sur la transmission d'informations en rapport avec la maladie et le traitement ayant été volontairement laissés de côté dans la phase de sélection des articles, très peu d'articles de cette revue de littérature concernaient la finalité d'autogestion (3/27), tandis que 8/27 concernaient les aspects de participation et négociation, et 10/27 (plus d'un tiers) les aspects de compétence psycho-sociale et de qualité de vie. Notons que 6 articles sur les 27 analysés ne précisaient en aucune façon quelle est la finalité de l'*empowerment* dont il est question !
- Les objectifs éducatifs définis au regard des trois types de finalité précédemment cités étaient : (i) le patient est informé sur sa maladie et son traitement et « s'auto-gère », (ii) le patient exprime ce qu'il sait et éprouve à propos de sa maladie et de son traitement et participe aux décisions médicales le concernant, (iii) le patient s'exprime à propos de sa vie, analyse ses émotions, propose et solutionne les problèmes qui affectent sa vie.
- Les articles ne décrivaient généralement pas les programmes mis en œuvre, ni les stratégies, méthodes et outils utilisés pour favoriser l'*empowerment* du patient. Les seules exceptions provenaient des articles d'Anderson et al, cité par I. Aujoulat et al ⁽¹⁾, qui étaient aussi les seuls à proposer des outils et indicateurs d'évaluation.

L'analyse réalisée par Aujoulat I. et al (1), a donc permis de mettre en évidence qu'il existe beaucoup d'imprécisions quant à la définition, l'opérationnalisation et l'évaluation du concept même d'*empowerment* ! Parmi les questions restées en suspens, deux seront plus particulièrement traitées dans le cadre de ce dossier technique :

1. existe-t-il des définitions opérationnelles et des indicateurs correspondant au concept d'*empowerment-processus* et d'*empowerment-résultat* ?
2. s'agissant de l'empowerment individuel visant l'acquisition de compétences psychosociales et l'amélioration de la qualité de vie, trouve-t-on dans la littérature des éléments permettant de formuler des recommandations en direction des hôpitaux promoteurs de santé ?

Le présent dossier technique présente l'analyse de 18 articles, qui sont d'une part la suite des 37 articles sélectionnés sur Medline, Current Contents et Sciencedirect (10 articles, en provenance de bibliothèques internationales n'étaient pas disponibles au moment de la Conférence de Bratislava). Les 8 articles restants ont été sélectionnés à partir des références bibliographiques des 37 articles précédemment mentionnés.

1 GENERALITES

1.1 Empowerment individuel, communautaire et organisationnel

Dans son sens le plus général, l'*empowerment* désigne selon Israel B. et al (2), la capacité des gens de mieux comprendre et de mieux contrôler les forces personnelles, sociales, économiques et politiques qui déterminent leur qualité de vie, dans le but d'agir pour améliorer celle-ci.

Quand on parle d'*empowerment*, on peut se référer à différents niveaux d'analyse et de pratique, en particulier **l'individu**, **l'organisation** ou **la communauté** :

L'empowerment individuel ou psychologique désigne la capacité d'un individu à prendre des décisions et à exercer un contrôle sur sa vie personnelle. Comme le sentiment d'efficacité ou l'estime de soi, l'*empowerment* met l'accent sur le développement d'une représentation positive de soi-même (*self* concept) ou de ses compétences personnelles. En plus, l'*empowerment* individuel inclut l'analyse et la critique du contexte social et politique, le développement des ressources et des compétences individuelles et collectives nécessaires à l'action sociale.

Une organisation peut être à la fois « *empowering* » et « *empowered* ». Une organisation « *empowering* » est dirigée de manière démocratique : ses membres partagent l'information et le pouvoir, utilisent des processus coopératifs pour prendre les décisions et sont impliqués dans le choix, la mise en œuvre et le contrôle des efforts à fournir pour atteindre des buts définis en commun. Une telle

organisation contribue à l'*empowerment* des individus qui participent au processus. Elle reconnaît et prend en compte l'existence de liens variés entre ses membres : groupements d'intérêt, groupements par statut, sous-groupes formels. Une organisation « *empowered* » exerce aussi une influence sur le système plus vaste dont elle fait partie, sur la politique et les décisions de la communauté au sein de laquelle elle exerce son activité.

Une communauté « *empowered* » est une communauté dans laquelle les individus et les organisations utilisent collectivement leurs compétences et leurs ressources pour satisfaire leurs besoins respectifs. Ils s'entraident, résolvent leurs conflits et accroissent leur influence sur la qualité de vie de la communauté. Une communauté *empowered* est en capacité d'exercer une influence sur les décisions et les changements au sein du système social dont elle fait partie.

Israël B. et al ⁽²⁾ disent qu'il est possible de développer l'un des trois niveaux indépendamment des deux autres mais préconisent, pour plus de cohérence et d'efficacité, d'envisager l'*empowerment* de façon globale, c'est-à-dire en s'intéressant aux trois niveaux : c'est cette approche globale qu'ils nomment *empowerment* communautaire pour la distinguer de l'*empowerment* individuel dont il sera question dans le présent dossier technique.

L'article de Kar S.B. et al ⁽³⁾ propose une méta-analyse de 40 articles traitant de l'*empowerment* des femmes... Cet article n'est pas spécifique au « patient » ou « à l'éducation du patient ». Toutefois, certaines considérations sont particulièrement intéressantes pour la compréhension du concept d'*empowerment* en général !

Comme les auteurs précédents, Kar S.B. et al ⁽³⁾ définissent le concept d'*empowerment* comme une construction à plusieurs dimensions :

- 1) *empowerment* individuel ou psychologique
- 2) *empowerment* communautaire
- 3) *empowerment* organisationnel

Le concept d'*empowerment* est décrit comme interagissant (et aussi fortement interdépendant) avec les concepts de qualité de vie et de promotion de la santé.

Dans le cadre de ce dossier technique, s'agissant de l'*empowerment* du patient, les articles sélectionnés traitent presque exclusivement de l'*empowerment* individuel. En effet, même lorsqu'elle est réalisée en groupe, l'éducation du patient vise avant tout à renforcer les capacités individuelles des patients pour vivre et agir avec la maladie. Soulignons toutefois que, dans le cadre des hôpitaux promoteurs de santé, compte-tenu des 4 publics cibles visés (patients, personnel, communauté, organisation hospitalière), il est tout aussi pertinent de s'intéresser également à l'*empowerment* communautaire (dans les actions visant la communauté) et à l'*empowerment* organisationnel (dans les actions visant l'organisation hospitalière en tant que système).

1.2 L'empowerment individuel dans l'éducation du patient

Par l'éducation du patient, on cherche généralement à développer l'*empowerment* des patients pour qu'ils participent davantage à leurs soins et qu'ils aient une meilleure qualité de vie.

Pour Elberst cité Klepac M.J. (4), l'*empowerment* est une démarche similaire à celle d'un engagement spirituel où des éléments tels que la force de vie, les choix personnels, le sentiment d'efficacité, les choix éthiques peuvent influencer l'état de santé d'un individu. Le principe de l'*empowerment* en éducation du patient suppose le développement d'un sentiment de contrôle et de pouvoir sur sa santé.

Pour Ford M.E. et al (5), l'*empowerment* se réfère au développement des ressources personnelles (sociales, psychologiques, intellectuelles et spirituelles) afin de donner à la personne les moyens de contrôler et de diriger sa propre vie. La population ciblée par ce projet est âgée de plus de 18 ans, atteinte d'asthme, d'origine africaine et vit aux Etats-Unis. Le programme éducatif décrit dans l'article de Ford se réalise dans les églises locales. Pour les Africains, l'église est une institution importante où de nombreuses activités communautaires sont menées.

Dans un article traitant du diabète (Via S. et Salyer J. (6)), le but était de décrire les caractéristiques personnelles d'hommes diabétiques de type 2 avant leur participation à un programme d'éducation : sentiment d'efficacité psycho-sociale (mesuré à l'aide d'une échelle d'*empowerment* pour le diabète), attitude vis-à-vis du diabète, hémoglobine glycosylée, poids. Ici, l'approche basée sur l'*empowerment* du patient « pose comme principe que l'éducation a pour but d'assurer que les choix quotidiens faits par les patients diabétiques vis-à-vis de leur vie et de leurs soins sont des choix éclairés. » Selon Boswell, cité par les auteurs (6) : « L'*empowerment* n'est ni hérité d'autrui ni ratifié par autrui. Les gens sont *empowered* quand ils résolvent des problèmes ou atteignent des objectifs en utilisant leurs ressources psychologiques, sociales, émotionnelles et spirituelles. »

Hirano P.C. et al (7) ont effectué une revue de littérature d'études réalisées entre 1987 et 1991 sur l'éducation du patient « arthritique ». Différentes variables sont « investiguées » lors de cette revue de littérature et concernent les changements de comportements (compliance, technique de réduction du stress, comportement de protection, taux de participation aux activités physiques proposées, etc), les modifications psycho-sociales (dépression, contrôle de soi, existence ou non d'un soutien social, sentiment d'auto-efficacité, etc) et des changements de l'état de santé (douleur, qualité de vie, degré de mobilité, capacité ou non de pouvoir exercer un emploi, etc). Certains concepts étudiés comme « l'auto-efficacité », « le contrôle de soi » tendent « implicitement » vers une approche d'*empowerment*.

2 L'EMPOWERMENT EN THEORIE : UN PROCESSUS ET/OU UN RESULTAT DIFFICILE A MESURER

2.1 L'empowerment comme processus et/ou résultat d'un processus

Comme déjà observé dans la première revue de littérature (1), les articles analysés définissent l'*empowerment* tantôt comme un processus, tantôt comme un résultat, parfois comme les deux à la fois.

Clark D. et Forbes C. (8) décrivent une expérience écossaise concernant des patients atteints d'infarctus et/ou à risque d'infarctus. L'*empowerment* y est défini comme la mise à disposition la plus rapide et complète possible des informations et des services concernant l'infarctus, et ce à plusieurs niveaux : prévention primaire et secondaire, prise en charge médicale, prise en charge hospitalière, retour à domicile.

L'*empowerment* est défini par Kar S.B. (3) et al. comme un **processus** par lequel les individus, les communautés et les organisations renforcent leur pouvoir sur les sujets et les problèmes qui les concernent le plus.

Dans l'étude réalisée par Via S. et Salyer J. (6) en milieu hospitalier, les éléments qui définissent une démarche d'*empowerment* sont les suivants :

- un processus d'aide,
- un partenariat qui prend en compte soi-même et les autres,
- une prise de décision partagée qui utilise les ressources, les occasions et l'autorité,
- la liberté de faire des choix et d'accepter des responsabilités. »

Elliott T.R. et al (9), quant à eux évoquent le concept d'*empowerment* plutôt comme « un **processus** de négociation de la réalité » qui interviendrait après une perte physique (maladie chronique, blessures traumatiques, ...) et qui permettrait à l'individu de faire face à la réalité ; d'une part pour se protéger et d'autre part pour s'épanouir...

L'*empowerment* serait alors perçu comme une « arme » pour favoriser l'espoir et la capacité d'atteindre des objectifs personnels et permettant un meilleur ajustement psycho-social de la réalité et ce en dépit des pertes éprouvées ...

Davis E.D. et al (10) décrivent l'*empowerment* comme un **processus** concernant le patient diabétique (distinct du processus d'éducation du patient à la compliance), intégré dans une démarche psychothérapeutique brève ("thérapie centrée sur les solutions"). L'*empowerment* est énoncé comme une "philosophie", avec des exemples, mais pas de réelle méthode, et la thérapie centrée sur la recherche de solutions serait (selon les auteurs) un "how to do" (« mode d'emploi ») de l'*empowerment* particulièrement adapté à la problématique du patient diabétique.

Pour Gibson C.H. (11), « ...l'*empowerment* est un **processus** social de reconnaissance, de promotion et d'augmentation des capacités des personnes à rencontrer leurs propres besoins, résoudre leurs propres problèmes et pouvoir mobiliser les ressources nécessaires de manière à avoir l'impression de contrôler leurs propres vies... ». L'*empowerment* serait un **processus** d'aide visant à assurer aux personnes le contrôle des facteurs qui peuvent affecter leur santé. Il s'agit d'un concept abstrait (difficile à définir), transactionnel (le processus implique d'être en relation avec autrui), multidimensionnel (une approche systémique est indispensable pour étudier l'*empowerment* dans la mesure où le concept d'*empowerment* est un concept multidimensionnel), positif (l'*empowerment* met plus l'accent sur les solutions que sur les problèmes), dynamique. L'*empowerment* est envisagé avant tout comme une collaboration et peut être envisagé tantôt comme un processus, tantôt comme un résultat.

Il insiste (11) sur la difficulté de définir ce concept. Il est peut-être mieux compris lorsqu'on l'envisage par son contraire : absence de pouvoir, absence d'espoir, aliénation, victimisation, subordination, perte de sentiment de contrôle sur sa vie, dépendance, oppression. Bien que mal défini, il est souvent associé à d'autres concepts comme : coping, soutien mental, système d'aide, organisation communautaire, participation, efficacité personnelle, compétence, auto-suffisance, estime de soi.

Quant à Mackintosh N. (12), il parle plutôt de self-*empowerment* et non d'*empowerment*. Le self-*empowerment* est présenté comme une approche d'éducation pour la santé :

- centrée sur l'individu.
- dont le but est de faciliter la prise de décision en développant une meilleure image de soi et l'estime de soi.
- basée sur l'idée qu'en développant sa motivation, sa confiance en soi et ses aptitudes, l'individu est mieux à même d'identifier ses propres besoins de santé et d'agir pour les satisfaire.

L'*empowerment* du patient selon Mackintosh N. (12) est présenté comme le **résultat** d'une action d'éducation pour la santé. Le cadre d'action n'est pas précisé. L'article concerne la façon dont les infirmières pratiquent l'éducation pour la santé, quel que soit l'endroit où elles exercent et quels que soient les patients auxquels elles sont confrontées.

L'évaluation de l'*empowerment*, selon le même auteur, repose sur deux types de mesure :

- d'abord, l'acquisition de compétences de vie... toutefois, l'auteur ne précise pas quelles sont les compétences de vie à prendre en considération !
- puis, l'aptitude à prendre des décisions. Dans l'aide à l'arrêt du tabac par exemple, il peut s'agir de rendre l'individu capable d'identifier pourquoi il fume, l'aider à développer sa confiance en lui-même et les compétences nécessaires pour faire un choix et mettre en œuvre un projet de santé.

Toujours selon Mackintosh N. ⁽¹²⁾, une stratégie de *self-empowerment* a pour buts :

- de promouvoir des croyances et des attitudes qui permettront de renoncer à une récompense immédiate pour un bénéfice ultérieur plus important ;
- d'accroître le contrôle interne et l'estime de soi et de développer des compétences sociales telles que la capacité à s'affirmer (*assertiveness*)

Ainsi, selon Tones (1986, cité par Mackintosh N. ⁽¹²⁾) , « Une personne *self-empowered* est mieux à même de résister aux incitations à fumer et elle comprend et contrôle mieux les forces sociales, économiques et politiques. »

Pour Linnehan M.J. et al ⁽¹³⁾, l'empowerment en tant que **résultat** s'observe quand le patient a réussi à faire la transition entre un état de crise initial et un état d'acceptation de la maladie et d'adaptation à l'intégration d'un traitement d'auto-soins dans la vie de tous les jours.

Quant à Anderson R.M. et al ⁽¹⁴⁾, le concept d'*empowerment* est toujours envisagé en terme collaboration, ce qui suggère une relation « d'égal à égal » entre le patient et le soignant : « ... les soins aux patients diabétiques sont envisagés comme une collaboration d'égal à égal, où les concepts de compliance et d'adhérence n'ont guère de place ... ». Il s'agit d'une réflexion sur le caractère « dysfonctionnel » des concepts de compliance et d'adhérences dans le cadre d'une relation thérapeutique auprès de patients diabétiques : plaintes des professionnels de santé quant au manque d'honnêteté et de discipline des patients, plaintes des patients quant aux reproches formulés par les professionnels... Ces attitudes sont dénoncées par l'auteur comme pouvant affecter la relation thérapeutique.

Il arrive que l'*empowerment* soit défini à la fois comme un **processus** et comme **résultat**.

Ainsi, Israël B. et al ⁽²⁾ se sont intéressés au sens que prend l'*empowerment* suivant la façon dont il est construit « syntaxiquement » en anglais :

1. Sous la forme d'un verbe, to empower fait référence à un **processus** par lequel les gens gagnent en influence et en contrôle sur leur vie et, de ce fait, deviennent *empowered*. Les auteurs distinguent ici deux définitions données par le dictionnaire, suivant que le verbe a un sens transitif ou intransitif : « *conférer du pouvoir ou de l'autorité à autrui* » (transitif) ou bien « *conférer à autrui la capacité d'obtenir le pouvoir par ses propres efforts* » (intransitif). C'est la seconde définition qui, selon l'auteur, s'applique au travail des éducateurs pour la santé. En effet, ceux-ci ne peuvent pas donner du pouvoir aux gens mais ils peuvent les aider à renforcer leurs compétences et leurs ressources pour accroître leur pouvoir sur leur vie.
2. Sous la forme d'un substantif, l'empowerment désigne un état, le **résultat d'un processus**. Si l'*empowerment* est le résultat attendu d'une intervention d'éducation pour la santé, sa mesure permet d'évaluer la réussite du projet. Selon les auteurs, « c'est une chose de savoir que les gens se sont impliqués dans un processus de renforcement de leurs compétences et de leurs ressources

afin d'exercer plus d'influence et de contrôle sur leur vie , c'est une autre chose de vérifier que le processus a permis d'atteindre ces compétences et ces ressources et que celles-ci seront transférables, c'est-à-dire utilisables dans d'autres situations, dans d'autres contextes. »

Cette affirmation pose la question des indicateurs d'évaluation à utiliser selon que l'on s'intéresse à l'*empowerment* comme processus ou comme résultat.

2.2. Méthodes d'évaluation et indicateurs de mesure de l'empowerment du patient

Comme la revue de littérature précédemment citée ⁽¹⁾, la revue de littérature réalisée pour le présent dossier technique met en évidence que peu d'auteurs décrivent précisément comment s'évalue un processus d'*empowerment* ou comment on observe qu'un patient a renforcé sa capacité d'agir sur les déterminants de sa santé (*empowerment-résultat*). Le plus souvent, les auteurs indiquent qu'il s'agit d'une mesure subjective de niveau de satisfaction ou de sentiment d'auto-efficacité sans préciser comment cette mesure peut être objectivée dans le cadre de la relation de soins.

Ainsi, dans leur article ⁽¹⁵⁾, Arnold M.S. et al constatent que les patients ayant bénéficié d'une intervention visant à développer l'*empowerment* ont remarqué certains changements dans leurs attitudes: ils acceptent plus facilement la réalité quotidienne grâce à l'augmentation des connaissances, ils font preuve d'une plus grande assertivité, ils ont noté une meilleure capacité à manager leur stress et sont plus à l'aise lorsqu'ils sont face à des problèmes (surtout en termes de résolution).

Dans une revue de littérature visant à clarifier le concept d'*empowerment*, Gibson C.H. ⁽¹¹⁾ identifie les caractéristiques suivantes comme les conséquences, et donc potentiellement les indicateurs (pour peu que ces caractéristiques soient observables), de l'*empowerment* :

- avoir une bonne image de soi,
- avoir un sentiment de satisfaction personnelle, d'auto-efficacité,
- avoir un sentiment de contrôle interne,
- se sentir « en lien »,
- être dans un processus de croissance ou d'épanouissement,
- éprouver de l'espoir,
- avoir un sentiment de justice sociale et une qualité de vie améliorée.

Toutefois, l'auteur souligne que, dans la mesure où il s'agit d'un processus, le concept d'*empowerment* est difficile à opérationnaliser et qu'il est difficile de l'appréhender par une mesure unique.

De manière générale, les auteurs qui abordent la question de l'évaluation de l'*empowerment* restent donc assez flous quant à la définition des indicateurs de succès. Ainsi, dans une méta-analyse, Kar S.B. et al ⁽³⁾ disent à plusieurs reprises qu'ils ont sélectionné 40 expériences d'*empowerment* « réussi » (*successful*), mais ils n'énoncent pas explicitement les critères et indicateurs de succès, à partir desquels ils ont opéré leur sélection ! De manière implicite toutefois, il semble que ces critères pourraient concerner le caractère durable du succès (sélection d'actions qui ont atteint leurs objectifs de manière suffisamment durable) et le caractère unique de l'action (sélection d'actions qui bénéficient d'une reconnaissance nationale ou internationale, qui sont considérées comme des modèles et qui ont été reprises par d'autres programmes)

Deux articles font exception en proposant des outils quantitatifs pouvant servir d'instruments de mesure d'efficacité.

Via P.S. et Salyer J. ⁽⁶⁾ proposent de mesurer l'*empowerment* des patients à l'aide d'une échelle : Diabetes Empowerment Scale développée par Anderson et al.³. Il s'agit d'un questionnaire comportant :

- 37 items relatifs au sentiment d'efficacité psychosociale vis-à-vis du diabète répartis en 8 catégories : désir de changement, capacités à se fixer des objectifs, à résoudre les problèmes, à obtenir un soutien, à se motiver soi-même, à gérer son stress, à faire face aux émotions, à faire des choix éclairés. A chaque item on attribue une note de 1 (pas du tout d'accord) à 5 (tout à fait d'accord).
- 10 items relatifs aux attitudes vis-à-vis du diabète.

Un autre instrument est proposé par Israël B. et al ⁽²⁾. Ceux-ci ont conçu un outil pour mesurer le sentiment personnel d'*empowerment*, aux trois niveaux précédemment décrits (individu, organisation, communauté). Ils décrivent comment ils l'ont élaboré et testé, la façon dont on peut l'utiliser et les limites de cet outil. Il s'agit d'un questionnaire comportant douze items. Pour chaque affirmation, les personnes interrogées doivent dire si elles sont tout à fait d'accord, plutôt d'accord, plutôt pas d'accord ou pas du tout d'accord.

1. Je peux influencer les décisions de l'organisation.
2. Cette organisation a de l'influence sur les décisions qui concernent ma vie.
3. Cette organisation est efficace pour atteindre ses buts.
4. Cette organisation peut influencer les décisions qui concernent la communauté.
5. Je suis satisfait du niveau d'influence que j'exerce sur les décisions de cette organisation.
6. J'exerce un contrôle sur les décisions qui concernent ma vie.
7. Ma communauté a de l'influence sur les décisions qui concernent ma vie.
8. Je suis satisfait du niveau de contrôle que j'exerce sur les décisions qui concernent ma vie.
9. Je peux influencer les décisions qui concernent ma communauté.
10. En travaillant ensemble, les gens de ma communauté peuvent influencer les décisions qui concernent la communauté.

³ Deux articles de ces auteurs, exploités pour la revue de littérature d'Ajoulat et al. et présentant cette échelle de mesure de l'*empowerment*, figurent en annexe du présent dossier technique.

11. Les gens de ma communauté travaillent ensemble pour influencer les décisions au plan régional et national.
12. Je suis satisfait du niveau d'influence que j'exerce sur les décisions qui concernent ma communauté.

Roter D.L. et al., cité par Aujoulat I. et al. ⁽¹⁾ soulignent toute la difficulté de mesurer l'*empowerment*. En effet, la théorie de l'*empowerment* pose le problème de la recherche de critères pour mesurer les résultats obtenus. Les perspectives étroites des recherches dans le champ de l'éducation du patient sont généralement centrées sur la mesure des résultats et portent le plus souvent sur des mesures cognitives, comportementales et biologiques, sans tenir suffisamment compte des valeurs et préférences des patients.

3 L'EMPOWERMENT EN PRATIQUE / ESSAI D'OPERATIONNALISATION DU CONCEPT

3.1 Objectifs éducatifs liés à l'empowerment

La revue de littérature réalisée par Aujoulat I. et al ⁽¹⁾ avait mis en évidence que les éléments centraux, dans les objectifs éducatifs liés à l'*empowerment* individuel de type psychosocial, concernait la capacité du patient à exprimer des émotions et à solutionner des problèmes préalablement identifiés par lui-même. La revue de littérature poursuivie dans le cadre de ce dossier technique s'est intéressée à la question de savoir comment peuvent être formulés et définis plus précisément des objectifs éducatifs visant un tel *empowerment* du patient.

Klepac M.J. ⁽⁴⁾, à propos du diabète, souligne lui aussi l'importance de favoriser l'expression des émotions dans le cadre d'un programme d'éducation du patient visant l'*empowerment*. Ainsi le soignant devrait assister le patient dans le choix de ses priorités de vie, priorités qui tiennent compte de la maladie et ce dans les domaines émotionnel, social, culturel, spirituel, etc. Pour cet auteur, dans une approche holistique du patient, un programme éducatif ⁽⁴⁾ dans le domaine du diabète doit tenir compte non seulement des standards nationaux d'éducation du diabète, mais aussi des émotions du patient.». Cela nécessite un réaménagement des contenus éducatifs traditionnellement envisagés dans les programmes.

Selon Kar S.B. et al., l'objectif ⁽³⁾ de l'*empowerment* personnel serait d'augmenter la conscience critique de soi et de son environnement, le sentiment d'auto-efficacité, la capacité d'identifier et solutionner ses problèmes, la capacité de « prendre les choses en main pour résoudre les problèmes qui affectent la qualité de vie. Quand l'*empowerment* individuel est assimilé au sentiment d'auto-efficacité, comme c'est le cas dans l'article de O'Leary A. ⁽¹⁶⁾, il n'y a pas pour autant de définition explicite d'objectifs éducatifs visant à renforcer ce sentiment d'auto-efficacité.

La présente revue de littérature révèle donc l'absence d'objectifs éducatifs précis en rapport avec l'*empowerment* individuel du patient. Cette absence d'objectifs éducatifs est à rapprocher de l'absence d'indicateurs précis constatée plus haut. De manière générale, les auteurs préfèrent décrire des facteurs censés favoriser l'*empowerment* ou des actions s'inspirant de la philosophie de l'*empowerment*, sans que le concept ne soit clairement et systématiquement opérationnalisé en termes d'objectifs et d'indicateurs.

3.2 Facteurs favorisant l'empowerment

Selon Tones (1993), cité par Mackintosh N. ⁽¹²⁾, quatre facteurs sont au centre d'une action d'*empowerment* pour un individu :

- son environnement qui peut faciliter ou entraver sa liberté d'action ;
- l'étendue de ses compétences qui le rendent capable de contrôler certains aspects de sa vie et, éventuellement, de surmonter les obstacles liés à son environnement ;
- la croyance en ses propres capacités de contrôle ;
- ses états émotionnels tels que les sentiments d'impuissance et de dépression ou au contraire le sentiment d'avoir de la valeur. »

Le même auteur affirme que deux traits de personnalité sont au centre du processus d'*empowerment* : l'estime de soi et le lieu de contrôle. »

Le sentiment d'auto-efficacité, qui a été présenté plus haut comme l'aboutissement, voire un synonyme de l'*empowerment*, est présenté par O'Leary A. ⁽¹⁶⁾ comme un facteur prédictif d'*empowerment*. A l'aide d'exemples, l'auteur tente de démontrer le rôle de la perception d'auto-efficacité dans l'étiologie, la prévention et le traitement de différentes pathologies ou comportements de santé, en particulier le tabagisme, les risques d'infection VIH +. Ces exemples sont développés en annexe.

Quatre types de compétences ont été identifiées par les auteurs Clark E.J. et Stovall E.L. ⁽¹⁷⁾ comme étant essentielles pour développer des comportements d'*empowerment* face à la maladie (en l'occurrence le cancer).

- 1) L'information sur ses propres habiletés face à sa maladie.
- 2) Les compétences de communication.
- 3) Les compétences pour la résolution des problèmes
- 4) Les compétences en matière de négociation.

Dans le cadre d'une analyse des pratiques d'*empowerment* face aux patients diabétiques, Davis E.D. et al ⁽¹⁰⁾ suggèrent de recourir à une approche par recherche de solutions. Dans ce cas là, ce n'est pas l'*empowerment* qui est mis en place ou renforcé, c'est la méthode prônée qui s'inspire du concept d'*empowerment*.

Les caractéristiques de la thérapie par recherche de solution visant l'*empowerment* sont les suivantes :

- créer un climat créatif et optimiste (positif)
- se centrer sur le point de vue du patient/client
- se concentrer sur les buts du patient/client et ce qu'il veut mettre en place pour les accomplir
- orienter le point de départ sur les forces et les acquis du patient/client
- considérer le patient/client comme l'expert possédant les ressources nécessaires à résoudre "ses" problèmes
- aider le patient/client à opérer les bons choix à partir de ce qui est reconnu comme positif

40 actions sont décrites dans un tableau de synthèse de la méta-analyse réalisée par Kar S.B. et al ⁽³⁾. La finalité de toutes ces actions est de favoriser l'*empowerment* des femmes dans une perspective de promotion de la santé. En transversal, 7 méthodes sont utilisées pour favoriser l'*empowerment* :

- 1) formation à l'*empowerment* et développement de leadership
- 2) utilisation des média, soutien et advocacy
- 3) éducation du public et participation
- 4) organisation de partenariats : formation d'associations, de coopératives et de coalitions
- 5) formation professionnelle et micro-entreprise
- 6) service de capacitation (enabling service) et assistance
- 7) protection des droits et action/réforme sociale

Arnold M.S. et al ⁽¹⁵⁾ insistent sur la nécessité que l'éducateur /formateur soit lui même convaincu de la « philosophie d'*empowerment* » pour pouvoir mettre en place une action s'inspirant de ce concept. Cette conviction passerait nécessairement par le respect du choix du patient, la capacité d'accueillir les différents types de réaction du patient lors des séances de formation (colère, peur, tristesse, frustration, ..), une approche « globale » de la maladie et des soins s'y rapportant, dans laquelle sont prises en compte aussi les dimensions psycho-sociale et affective du patient. Enfin, l'éducateur/formateur devrait être à même d'encourager le patient dans la résolution de ses problèmes sans toutefois se substituer à lui. Les auteurs ⁽¹⁵⁾ proposent dans leur article une série d'éléments clés à prendre en considération lors de la planification et la mise en œuvre d'un programme « d'*empowerment* » destiné au patient :

- proposer un environnement psychologique agréable pour une réflexion personnelle, en
 - valorisant les expériences personnelles
 - valorisant et favorisant l'auto-évaluation
 - évitant d'être trop directif dans les conseils à formuler
 - respectant tous les aspects concernant la confidentialité
- accepter (sinon tout mettre en œuvre) pour le rôle de l'éducateur soit un rôle de facilitateur (attention aux dérives → groupe de thérapie)
- bien gérer la dynamique de groupe, en
 - respectant les temps de parole
 - encourageant les timides
 - observant tous les signaux non verbaux
 - sollicitant les différents points de vue
 - observer un règlement « d'ordre intérieur »
- permettre le partage d'expériences
- élaborer des outils de formation et de discussion

Outre l'absence d'objectifs et d'indicateurs précis, la revue de littérature met en évidence que peu d'auteurs décrivent le type d'actions ou de programmes mis en place pour favoriser l'*empowerment*. Ainsi, ce sont essentiellement des facteurs favorisant ou des critères qui sont généralement énoncés à titre indicatif. Une exception se trouve dans l'article Ford M.E. et al. ⁽⁵⁾, qui proposent différents types d'action, dont une synthèse est présentée plus bas.

3.3 Proposition de programme éducatif visant l'empowerment du patient

A titre d'exemple est présentée ici une synthèse du programme éducatif Ford M.E. et al. ⁽⁵⁾. Il s'agit d'un programme composé de 7 sessions de 3 heures chacune : 1 heure consacrée aux aspects médicaux et 2 heures aux comportements *d'empowerment*.

Sessions	Contenus liés à la maladie et au traitement	Contenus liés à l'empowerment
Session 1	<ul style="list-style-type: none"> - Introduction au principe d'auto-gestion de la maladie, importance d'une communication fréquente avec l'ensemble de son entourage et l'équipe de soignants afin de mieux percevoir et anticiper les difficultés liées à la maladie. - Les participants sont invités à se choisir un soignant comme référent qui sera là pour l'aider et répondre à toutes leurs questions. 	<ul style="list-style-type: none"> - Le public-cible est confronté majoritairement à des difficultés d'ordre socio-économique (9 situations stressantes mises en évidence) et qui influencent leur qualité de vie. - Les participants sont invités à identifier (pour eux) ces situations stressantes, à expliciter comment elles interfèrent avec leur vie quotidienne et comment ils agissent pour réduire ce stress ou comment ils pensent qu'ils pourraient agir.
Session 2	<p>Explication de la maladie et de sa physiologie, des symptômes cliniques d'une crise, des signes annonciateurs. Les causes et les réactions à adopter sont décrites.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Session qui travaille essentiellement la résolution de problèmes. Les participants sont encouragés à identifier les obstacles qui interfèrent avec leur qualité de vie (en regard de ce qui a été vu en 1^{ère} session) - Apprentissage de techniques pour résoudre des problèmes ou lever des obstacles. Les participants sont encouragés à utiliser ces techniques durant la semaine qui suit la session et à évaluer l'impact des décisions prises → bâtir leur plan d'action.
Session 3	<ul style="list-style-type: none"> - Comment travailler avec les soignants de première ligne et comment trouver un pneumologue dans leur région/quartier. Cette session montre l'importance d'avoir un pneumologue de référence pour le suivi de la maladie. Apprentissage de la communication avec les soignants - Faire comprendre à la population cible qu'elle a droit à l'information mais aussi qu'elle est responsable de sa santé et de son traitement. Le recours (parfois trop systématique) aux urgences est aussi 	<ul style="list-style-type: none"> - Session qui travaille sur les représentations et les perceptions du public-cible à propos des comportements, attitudes des soignants (ces derniers adoptent souvent des attitudes paternalistes selon le public-cible) Les aspects culturels sont envisagés et surtout la répercussion de ceux-ci sur la maladie, le type de communication avec les soignants, les habitudes alimentaires, le suivi du traitement médicamenteux, etc. (l'accent est mis sur l'importance de la religion) - Des techniques de résolution de problèmes de communication avec les soignants sont aussi

	discuté ; possibilité offerte de téléphoner à ce service.	travaillées.
Session 4	Apprentissage de l'utilisation correcte des médicaments, des puffs, du peak-flow	<ul style="list-style-type: none"> - Session qui travaille sur les croyances, valeurs et pratiques des soignants africains et européens et ce au travers des discussions. - Session qui aborde aussi les perceptions/croyances du public-cible à propos de la maladie et la santé. Tout ceci dans le but d'encourager les patients à réfléchir non seulement aux implications de leurs croyances et de leurs représentations mais également à celles des soignants. - En fin de session, les patients sont encouragés à repérer de telles situations et à voir comment ils y réagissent.
Session 5	Approfondissement de l'autogestion de la maladie : noms et actions des médicaments, effets de ceux-ci et interactions éventuelles, comment et quand les prendre	Travail/discussion sur les réactions « normales » des systèmes de soins vis-à-vis du public-cible (ex : problème d'accessibilité, soins appropriés, croyance du public-cible que l'hôpital est un lieu de mort, etc.)
Session6	Exercices et apprentissage concernant la prévention des crises d'asthme ? évaluation de la technique utilisée pour mesurer le souffle (peak-flow), comment manager son stress et/ou des situations stressantes ? techniques de relaxation, comment rejoindre un groupe de patients asthmatiques ? (<i>idée du groupe de self-help</i>)	Session focalisée sur le « coping » avec la maladie → discussion sur les motifs de crises selon eux, perception de la gravité de la maladie, ce qu'ils attendent et espèrent du traitement, de l'impact de la maladie sur leur travail, les relations sociales, familiales,...
Session 7	apprentissage de la gestion d'une crise d'asthme.	Le public-cible est encouragé à : <ul style="list-style-type: none"> - déterminer le coût/ bénéfice de leur propre autogestion de la maladie - développer leur propre plan d'action d'autogestion - à identifier les ressources et supports les plus importants pour eux - etc.

4 CONCLUSIONS ET PERSPECTIVES POUR LES HOPITAUX PROMOTEURS DE SANTE

Il ressort de l'ensemble des articles passés en revue pour ce dossier technique que le concept d'*empowerment* est un concept complexe et multidimensionnel. En tant que processus, il est tentant et souhaitable d'essayer de le mettre en œuvre par des stratégies éducatives visant la prise de conscience suivie de prise de décision. En tant que résultat, il est tentant mais probablement réducteur de vouloir codifier des indicateurs permettant d'appréhender sa réalité, tant il est lié à la personne en interaction avec d'autres personnes, dans un environnement spécifique, vivant une situation unique.

Israël B. et al (2) ont souligné l'importance de clarifier la définition de l'*empowerment* et ont préconisé d'adopter, en éducation pour la santé/éducation du patient, une définition « modeste », qui consiste à « *conférer à autrui la capacité d'obtenir le pouvoir par ses propres efforts* », plutôt que « *conférer du pouvoir ou de l'autorité à autrui* ».

Dans sa revue de littérature visant à clarifier le concept d'*empowerment* dans le contexte des soins infirmiers, Gibson C.H. (11) va plus loin, en jugeant utile de rappeler d'où part le concept d'*empowerment* et comment naît le processus même d'*empowerment*. Ainsi, l'auteur considère qu'il peut y avoir *empowerment* à partir du moment où un individu se sent insécurisé, privé de ressources, sans espoir et, parfois, coupable de la situation qu'il vit... ce qui est parfois le cas quand l'individu doit faire face à une maladie chronique dont certains aspects sont liés à ses comportements de santé. L'auteur cite Kieffer (1984) et affirme que c'est à partir du moment où l'individu se sent menacé dans ses intérêts propres, que surgit en lui également le sentiment d'être outragé et le sens de la confrontation, provoquant ainsi l'initiation du processus d'*empowerment*, en réponse au sentiment de menace et d'outrage. Toujours selon Kieffer, l'initiation d'un processus d'*empowerment* ne serait jamais le résultat d'une action visant explicitement la prise de conscience, l'analyse intellectuelle ou l'intervention éducative. Seul le sentiment que son intégrité physique est menacée aurait le pouvoir de mobiliser les forces de l'individu et, ainsi, d'initier le processus d'*empowerment*. L'*empowerment* serait ainsi initialement déterminé par la situation que vit l'individu plus que par les interventions que l'on met en place pour lui et qui serviraient donc essentiellement à accompagner et renforcer le processus.

Certains auteurs (18, 19) attirent l'attention sur le fait que la personnalité du patient, le type de pathologie, ou le stade de la maladie sont des facteurs susceptibles d'influencer tant la capacité que le désir du patient à entrer dans un processus d'*empowerment*. Ainsi, tous les patients ne souhaiteraient pas systématiquement participer aux décisions médicales par exemple, et il reviendrait aux soignants à être attentifs à cela pour ne pas « forcer » le patient vers une autonomie décisionnelle qu'il ne souhaite pas ou dont il ne se sent pas capable. L'enjeu de l'*empowerment* ne deviendrait-il pas alors tout simplement de permettre au patient de clarifier son désir et d'exprimer son choix ?

Mackintosh N. ⁽¹²⁾ propose une tentative d'opérationnalisation en énumérant un certain nombre d'attitudes que devraient adopter les infirmières qui souhaitent promouvoir la santé des patients :

- Identifier les croyances de santé des individus.
- Témoigner de leur sensibilité aux facteurs environnementaux, sociaux et économiques qui peuvent altérer la santé des individus.
- Fournir de l'information sur la santé.
- Vérifier l'exactitude et réactualiser constamment les informations qu'elles délivrent sur la santé.
- Accroître la prise de conscience par les individus des déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.
- Informer les individus sur leurs droits et sur l'accès aux services.
- Impliquer autant que possible les individus dans la prise des décisions.
- Offrir un soutien de qualité aux individus en mobilisant les ressources appropriées et en les mettant en relation avec les professionnels dont ils ont besoin.
- Respecter le droit des individus à choisir leurs propres manières d'agir vis-à-vis de leur santé.
- S'unir à d'autres infirmières pour exercer un lobbying professionnel en faveur d'une bonne politique santé publique.

Ce même auteur ⁽¹²⁾ suggère que les infirmières puissent contribuer à la promotion de la santé de leurs patients en se donnant trois objectifs :

- S'efforcer d'accepter sans conditions les valeurs de santé des individus.
- Prendre en considération les facteurs environnementaux et sociaux qui altèrent la santé des individus.
- Offrir une information sur la santé qui ne prenne la forme ni d'un endoctrinement ni d'une mise en garde ni d'une persuasion. Les infirmières doivent avoir conscience qu'il est presque impossible de donner une information totalement dénuée de jugement de valeur. Elles doivent donc développer leurs compétences de communication et être attentives à leur propre façon de délivrer de l'information.

* * * * *

Cette revue de littérature, comme la précédente ⁽¹⁾, par le nombre important d'articles à disposition, confirme que l'*empowerment* est un enjeu important dans toute démarche de promotion de la santé et d'éducation du patient.

Toutefois, les articles analysés, qui ont été pourtant sélectionnés selon des critères rigoureux (cf supra), n'éclairent que partiellement ce concept. En effet, deux questions avaient été posées au début de ce travail :

1. existe-t-il des définitions opérationnelles et des indicateurs correspondant au concept *d'empowerment-processus* et *d'empowerment-résultat* ?
2. s'agissant de l'empowerment individuel visant l'acquisition de compétences psychosociales et l'amélioration de la qualité de vie, trouve-t-on dans la littérature des éléments permettant de formuler des recommandations en direction des hôpitaux promoteurs de santé ?

Si la littérature aborde bien ces questions, c'est probablement dans un travail de recherche(s) et d'action(s) systématiquement évalué (avec des outils qui restent à construire...) que l'on pourra trouver des réponses plus adaptées aux besoins des professionnels de terrain. Ce travail reste encore à faire...

5 BIBLIOGRAPHIE

1. Aujoulat I., Doumont D., Deccache A., (2002). Patient Education and Empowerment. A review of literature. 10th International Conference on Health Prompting Hospitals. Bratislava, 15 - 17 mai 2002
2. Israël B. et al, (1994), Health education and community empowerment : conceptualising and measuring perceptions of individual, organizational and community control, Health Education Quarterly, Summer 1994, pp 149-170.
3. Kar S.B. et al.,(1999), Empowerment of women for health promotion : a meta analysis, Social Science & Medicine, 1999, 49, pp 1431-1460.
4. Klepac M.J., (1996), Theory and practical applications of a wellness perspective in diabetes education, The Diabetes Educator, May/June 1996, Vol. 22, n°3, pp 225-230.
5. Ford M.E. et al, (1996), An empowerment-centered , church-based asthma education program for african american adults, Health & Social Work, Feb. 1996, Vol. 21 (1), pp 70-75.
6. Via P.S. et Salyer J.,(1999), Psychosocial self-efficacy and personal characteristics of veterans attending a diabetes education program, The Diabetes Educator, September/October 1999, Vol. 25, n° 5, pp 727-737.
7. Hirano P.C. et al, (1994), Arthritis patient education studies, 1987-1991 : a review of the literature, 1994, Patient Education and Counseling, 24, pp 9-54.
8. Clark D. et Forbes C., (2001), Patient empowerment stroke – a strategy for Scotland, Scot Med J, 2001, 46, pp71-72.
9. Elliott T.R. et al, (1991), Negotiating reality after physical loss : Hope, Depression and Disability, Journal of Personality and Social Psychology, 1991, Vol. 61, n° 4, pp 608-613.
10. Davis E.D. et al, (1999), Using solution-focused therapy strategies in empowerment-based education, The Diabetes Educator, March/April 1999, Vol. 25, n° 2, pp 249-254.
11. Gibson C.H., (1991), A concept analysis of empowerment, Journal of Advanced Nursing, 1991, 16, pp 354-361 .
12. Mackintosh N., (1995), Self-empowerment in health promotion : a realistic target ? British Journal of Nursing, 1995, Vol. 4, n°21, pp 1273-1278.

13. Linnehan M.J. et al, (2000), Counseling and educational interventions for women with genital human papillomavirus infection, *Aids Patient Care and STDs*, 2000, Vol. 14, n°8, pp 439-445.
14. Anderson R.M. et Funnell M.M. (2000), Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care, *The Diabetes Educator*, July/August 2000, Vol. 26, n°4, pp 597-604.
15. Arnold M.S. et al, (1995), Guidelines for facilitating a patient empowerment program, *The diabetes Educator*, July/August 1995, Vol. 21, n°4, pp 308-311.
16. O'Leary A. , (1992), Self-efficacy and health : behavioural and stress-physiological mediation, *Cognitive Therapy and Research*, 1992, Vol. 16, n°2, pp 229-245.
17. Clark E.J. et Stovall E.L., (1996), Advocacy : the cornerstone of cancer survivorship, *Cancer Practice*, September/October 1996, Vol. 4, n°5, pp 239-244.
18. Degnier L.F. et al, (1992), Decision making during serious illness : What role do patients really want to play ? *J Clin Epidemiol*, 1992, Vol. 45, n° 9, pp 941-950.
19. Strull W.M. et al, (1984), Do patients want to participate in medical decision making ? *JAMA*, 1984, December 7, Vol. 252, n° 21, pp 2990-2994.

6 ANNEXES

Annexe 1

Transparents de la communication d'Aujoulat Isabelle - Patient Education and Empowerment. A review of literature. 10th International Conference on Health Prompting Hospitals. Bratislava, 15 - 17 mai 2002

Références bibliographiques : Aujoulat I., Doumont D., Deccache A., (2002). Patient Education and Empowerment. A review of literature. 10th International Conference on Health Prompting Hospitals. Bratislava, 15 - 17 mai 2002

Annexe 2

Copie d'articles exploités dans la revue de littérature d'Aujoulat I. et al ⁽¹⁾ proposant une échelle de mesure de l'empowerment

Anderson R M, Funnel M M, Butler P M, Arnold M S, Fitzgerald J T, Feste C C.,(1995), Patient Empowerment : results of a randomised control trial. Diabetes Care. Vol. 18, N°. 7, 1995, 943-949.

Anderson R M, Funnel M M, Fitzgerald J T, Marrero D G.,(2000), The diabetes empowerment scale : a measure of psychosocial self efficacy. Diabetes Care. Vol 23, N° 6, 2000, 739-743.

Annexe 3

Champs d'application du concept de perception d'auto-efficacité, extrait de O'Leary A., (1992), Self-efficacy and health : behavioural and stress-physiological mediation, Cognitive Therapy and Research, 1992, Vol. 16, n°2, pp 229-245 .