

Dans quelle mesure, les représentations de l'autonomie chez les professionnels de santé engagés dans les programmes d'ETP sont-elles un bon indicateur de leurs pratiques rapportées ? Une étude qualitative

Aurélie Gazagne^{1,*} et Sandrine Roussel²

¹ Unité Transversale d'Éducation du Patient, Centre Hospitalier Intercommunale Toulon la Seyne-sur-Mer, Toulon, France

² Groupe de Recherche en Psychologie de la Santé Publique et du Vieillessement, Institut de Recherche en Sciences Psychologiques, Université catholique de Louvain (UCLouvain), Louvain-la-neuve, Belgique

Reçu le 27 juillet 2023 / Accepté le 17 janvier 2023

Résumé – Introduction : L'autonomie est souvent énoncée comme un objectif en ETP. Toutefois, cette notion n'est pas clairement définie et son opérationnalisation est laissée à la libre appréciation des équipes. Dans la mesure où les représentations guident les pratiques, les représentations de l'autonomie chez les professionnels de santé engagés dans les programmes d'ETP sont-elles un bon indicateur de leurs pratiques rapportées ? **Méthodes :** Une étude qualitative inductive, par entretiens semi-directifs a été réalisée et complétée par un questionnaire type Q. sort, auprès de 8 soignantes (médecins, infirmières, diététiciennes et pharmacienne) exerçant en France. **Résultats et discussion :** Pour les points partagés, l'autonomie est définie comme la capacité de mettre en place des compétences d'autosurveillance et d'autosoin. Le point de désaccord dans la représentation de l'autonomie chez les soignants se situe au niveau de la question suivante : qui du patient ou du soignant définit l'autonomie. Lorsqu'elle est définie par le soignant, les soignants semblent aborder des postures plus ambivalentes (dont la finalité est la confrontation à la norme de l'éducateur). À l'inverse lorsqu'elle est définie par le patient, les soignants semblent s'appuyer sur des postures plus endogènes (dont la finalité est la découverte de sa propre norme par le patient).

Mots clés : autonomie / représentations sociales / posture éducative / soignant

Abstract – Interactions between healthcare professionals' representations of autonomy and their educational posture in therapeutic education programs. Introduction: Autonomy is often stated as an objective in TPE. However, this notion is not clearly defined and its operationalisation is left to the discretion of the teams. Insofar as representations guide practices, are representations of autonomy among healthcare professionals involved in TPE programmes a good indicator of their reported practices? **Methods:** An inductive qualitative study using semi-structured interviews was carried out with 8 healthcare professionals (doctors, nurses, dieticians and pharmacists) practising in France, supplemented by a Q. sort questionnaire. **Results and discussion:** For the points on which there was agreement, autonomy was defined as the ability to implement self-monitoring and self-care skills. The point of disagreement in the representation of autonomy among carers lies in the following question: who defines autonomy, the patient or the carer? When autonomy is defined by the carer, carers seem to adopt more ambivalent postures (the aim of which is to confront the educator's norm). Conversely, when autonomy is defined by the patient, the carers seem to rely on more endogenous postures (the aim of which is for the patient to discover his or her own norm).

Keywords: autonomy / social representations / educational posture / carer

*Auteur de correspondance :
aurelie.gazagne@etu.univ-amu.fr

1 Introduction

Les maladies chroniques ont la spécificité d'évoluer sur le long terme et d'avoir un fort retentissement sur la qualité de vie du patient et de son entourage [1]. Pour limiter l'apparition de complications, le patient peut développer des compétences pour mieux s'approprier son traitement et mieux gérer sa pathologie. Pour l'accompagner dans cette démarche, les équipes de soins peuvent s'appuyer sur des programmes d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) définis comme « un ensemble d'activités permettant aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et les compétences qui les aident à vivre avec leur maladie » [2].

Pour ce faire, les équipes doivent mettre en place des séances éducatives qui s'appuient sur une posture centrée sur le patient et qui s'inspirent de techniques pédagogiques favorisant l'autonomie [3]. Cette philosophie est en résonance avec les objectifs de la Charte d'Ottawa [4], à savoir promouvoir des principes d'apprentissage centrés sur l'apprenant pour permettre aux patients d'exercer leur propre choix en matière de santé.

En 2023, l'éducation du patient présente toujours des difficultés de mise en œuvre [5] et les postures éducatives ne sont pas homogènes allant d'une posture dirigiste à une posture où le patient est amené à se réaliser [6]. Selon Pétré *et al.* [7] p.2 la posture éducative peut être définie comme « l'ensemble des attitudes mobilisables et mobilisées qui vont favoriser l'expression des compétences éducatives. Cette posture éducative peut être considérée comme centrale dans le développement des compétences en ETP puisqu'elle permet de s'ouvrir à tous les aspects de représentations et croyances de l'individu ». Dans la mesure où la posture incarnée par le soignant va impacter la mise en place des séances éducatives, nous pouvons nous demander ce qui impacte en retour la posture éducative. Roussel et Deccache [8] ont mis en avant 13 facteurs ayant une influence sur la posture éducative dont une mauvaise compréhension des objectifs de l'ETP ainsi que les représentations sociales. Dans la mesure où certains objectifs ne sont pas clairement définis, il semble probable que les soignants s'appuient sur leurs représentations pour adapter leurs pratiques. C'est notamment le cas pour éduquer un patient à devenir autonome. En effet, si l'article L. 1161-1 de la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009, rappelle que l'ETP a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie [9], la définition du terme « autonomie » en médecine reste imprécise [10]. S'agit-il de la capacité à réaliser au quotidien des autosoins prescrits (e.g. appliquer ou adapter les doses liées au traitement), ou bien de la liberté de choisir ses propres règles pour la gestion de sa santé et de prendre la décision de s'y conformer, en assumant pleinement la responsabilité des conséquences de cette décision? [11] p.21. Ou encore une position intermédiaire qui pourrait être évolutive?

L'objectif « rendre le patient autonome » apparaît souvent dans les programmes d'ETP¹, mais il n'est pas décrit et l'opérationnalisation des séances éducatives diffère. Cette

¹ Cet objectif est annoncé dans un programme sur trois en PACA, comme objectif principal ou objectif secondaire en avril 2022. Pour plus d'informations confère site du CRES PACA – Oscar <https://www.oscarsante.org/provence-alpes-cote-d-azur>.

recherche vise donc à répondre à la question suivante : Dans quelle mesure, les représentations de l'autonomie chez les professionnels de Santé engagés dans les programmes d'ETP sont-elles un bon indicateur de leurs pratiques rapportées ?

2 Méthodes

2.1 Cadre théorique

Cette recherche s'appuie sur une analyse qualitative d'entretiens individuels proposés à des professionnels de santé impliqués dans des programmes d'ETP associés à un test de type Q. sort qui va permettre de mettre à jour les représentations de l'autonomie dans des discours rapportés d'un petit échantillon de professionnels. Les représentations sociales sont une « forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune » [12] p. 53. Elles ont pour but de refléter la « réalité sociale » c'est-à-dire qu'elle forme des grilles de lecture partagées auxquelles nous avons recours pour expliquer et comprendre le monde qui nous entoure [13] pour agir et prendre position [14,15].

Dans cette recherche, nous nous centrerons sur l'étude du contenu de la représentation en nous appuyant sur une démarche qualitative avec une méthode d'analyse de contenu proposée par Dany [16] qui s'appuie sur l'analyse de contenu proposée par Bardin [17]. Des entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés pour explorer le vécu par la production d'un discours permettant d'accéder au système de représentation [18].

Cette méthode de recherche ne constitue pas un processus linéaire par lequel on passerait systématiquement d'une étape à la suivante, mais un « processus récursif », impliquant un constant « mouvement en arrière et en avant » entre les données de base, les extraits codés et l'analyse des données [19] cité par [16] p.91. Nous avons donc opté comme le propose Dany [16] pour une démarche dynamique qui tolère voire oblige à des « allers-retours » entre les différentes étapes : la circonscription de l'objet de recherche / la sélection du corpus ; la pré-analyse ; les procédures de traitement / l'exploitation du matériel ; l'inférence et l'interprétation / la synthèse des résultats.

2.2 Entretiens et Q. sort

Cette recherche a été menée à partir d'entretiens semi-directifs auprès de 8 soignants impliqués dans des programmes d'ETP en France métropolitaine. Cette investigation a été complétée par un questionnaire de type Q. sort [6] p.20 (Annexe 2). Un accord du comité d'éthique du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon la Seyne a été obtenu (N°00012962).

Le guide d'entretien (Annexe 1) a été établi à partir d'observations de terrain, puisque cette étude a été réalisée au cours d'un stage de master et à partir d'une revue de la bibliographie qui a été enrichie au fur et à mesure.

La recherche a été effectuée sur PubMed ("Personal Autonomy"[Majr] AND "Chronic Disease"[MeSH]) AND "Education"[MeSH] où 7 articles étaient disponibles. Ce corpus a été ensuite enrichi tout au long du processus conformément à la démarche choisie [16].

Le guide initial comptait 4 questions et il a été enrichi après une pré-analyse du premier entretien, puis du second, ainsi de suite pour trouver une stabilité après le 5^e entretien. Le guide final comportait 9 questions sur l'autonomie, sur les facteurs qui l'impactent et son lien avec la posture éducative : « Pour vous, c'est quoi l'autonomie du patient? », « Faites-vous un lien entre maladie chronique et autonomie du patient? », « Selon vous qu'est-ce qui peut impacter l'autonomie du patient? ».

L'analyse qualitative par interviews a été complétée par un test Q. sort [6] p.20 afin de connaître les postures éducatives les plus adaptées en ETP du point des soignants dans une volonté de triangulation des méthodes. L'idée de triangulation repose sur un principe de validation des résultats par la combinaison de différentes méthodes visant à vérifier l'exactitude et la stabilité des observations [20]. Le questionnaire a été réalisé à l'issue des entretiens. Il a été demandé aux répondants d'attribuer un degré d'accord en regard de 20 items, selon 4 modalités de réponses : « le plus en accord » a une valeur assignée de +2 ; « en accord » a une valeur assignée de +1 ; « je rejette tout à fait » a une valeur assignée de -2 et « en désaccord » a une valeur assignée de -1. Ce test permet d'identifier la posture pédagogique dans laquelle se projette les professionnels. Ces 7 postures sont regroupées en 3 grands registres d'attitudes qui vont d'une attitude de contrôle ou attitude exogène (où la finalité de l'éducation est la conformation de la personne éduquée aux normes de l'éducateur) à une attitude endogène (où la finalité de l'éducation est la découverte et l'expression par la personne éduquée de sa propre norme intérieure) en passant par une attitude ambivalente (où la finalité est le développement de connaissances) [6] (Annexe 2).

Le registre d'attitude endogène comprend les attitudes expectative, psychologisante et de symbiose. Ce registre « s'appuie sur la conviction que le formé est pourvu d'un potentiel éducatif dont le dynamisme est à rechercher chez l'individu lui-même. On ne force pas à apprendre. On crée les conditions permettant au désir d'apprendre de s'épanouir et aux facultés d'apprentissage, de s'exercer et de se développer » [6] p.23. Les attitudes du registre ambivalent regroupent les attitudes ferme et instructiviste qui croient aux vertus de l'instruction : « éduquer, c'est instruire et exercer le raisonnement. L'attitude instructiviste est convaincue de la nécessité d'un interventionnisme extérieur, et rencontre l'idée de redressement ou de façonnement cependant contrairement à l'attitude moralisante et de contrôle, elle mise sur l'élévation de l'individu, non pas par la brimade, mais par l'accès de celui-ci à la raison et à la science » [6] p.23. À l'extrême opposé, le registre d'attitude exogène regroupe les attitudes fermes et de contrôle en considérant que « l'individu ne deviendra adulte que par l'acceptation de la discipline et de l'instruction que lui auront imposées ses éducateurs. Le progrès est au prix de l'effort répété, inlassable (...) par un combat incessant contre leurs penchants naturels (et donc mauvais) » [6] p.24. Pour chaque item, nous obtenons une distribution pour laquelle on peut calculer un rang moyen pour chaque item dans un échantillon donné [21].

2.3 Échantillonnage

Sont inclus des professionnels de santé, formés à l'ETP qui ont participé à la création et/ou à l'évaluation d'un programme

d'ETP et donc à la constitution d'objectifs ou à leur évaluation. Les premières personnes interrogées l'ont été sur le terrain de stage puis chaque participant nous a orienté vers un autre participant.

3 Résultats

Les résultats sont présentés de la manière suivante : {3.1} les participants, {3.2} définition de l'autonomie par les soignants, {3.3} Variation de l'opérationnalisation de l'autonomie en fonction de qui la définit en ETP, {3.4} Les facteurs identifiés par les soignants comme influençant l'autonomie des patients, {3.5} La place de l'autonomie dans la construction des séances éducatives {3.6} Les résultats du test Q. sort, {3.7} Mise en lien des résultats du Q. sort et des catégories issues des entretiens.

3.1 Participants

Huit participantes ont été incluses de mars à juillet 2022. Il s'agit de 3 infirmières, 2 diététiciennes, 2 médecins et 1 pharmacienne, dont 2 exercent en ville et 6 à l'hôpital en France métropolitaine. Les professionnels interviennent dans des programmes portant sur le diabète, l'asthme et les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. Elles sont issues de la région Sud et Ile de France et pratiquent l'ETP depuis 5 à 20 ans. Elles sont toutes formées aux 40 heures (minimum requis en France pour exercer l'ETP). L'échantillon a été construit au fur et à mesure par « boule de neige ». Toutes les professionnelles ont participé à la création d'un programme ETP ou au moins à la création d'une séance éducative.

3.2 Définition de l'autonomie

L'analyse des verbatims montre que l'autonomie des patients ayant une pathologie chronique semble être associée à 4 notions « l'autogestion » (P1, P2, P5, P7) et « l'autosoin » (P3, P8) « l'autosurveillance » (P3) et « la gestion du quotidien » (P3, P5, P6), mais n'appelle pas de définition stricte « on n'a jamais vraiment eu de définition » (P2) (Verbatims). Il est à noter qu'autogestion et autosoins ont été utilisés par les participants de manière différenciée mais avec une définition similaire. Selon les participants, il y a « des degrés d'autonomie variables » (P7) (Figure 1). Pour l'autosurveillance, ils évoquent « la surveillance de l'évolution des symptômes » (P3), « savoir être à l'écoute de sa maladie » (P3), « s'autosurveiller en surveillant l'évolution des symptômes, en adaptant son traitement et en anticipant un examen si besoin » (P3), « s'autosurveiller dans sa maladie et pouvoir réagir au besoin, c'est à dire avoir les bons comportements » (P3). Pour l'autogestion et l'autosoin : « l'adaptation des traitements » (P2), « l'anticipation des examens », « donner du sens à son traitement » (P2), « comprendre ses examens », « se prendre en charge seul » (P2), « se sentir prêt et s'autoriser à faire seul » (P6), « l'atteinte des objectifs de sécurité » (P3), « limiter les complications » (P8), « éviter les crises » (P3), « choisir son mode de fonctionnement pour ne pas subir le traitement » (P1). Enfin, pour la gestion du quotidien : « l'autonomie permettrait aux patients d'avoir plus de confort

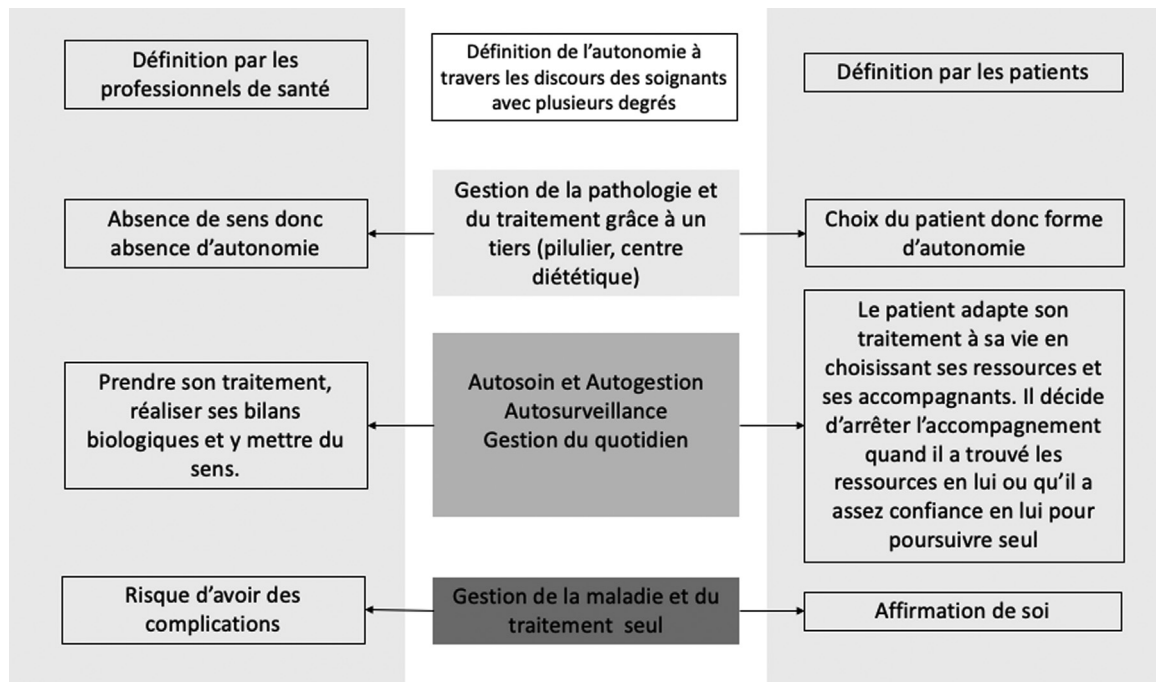


Figure 1. Présentation des résultats de la définition de l'autonomie à travers les discours des soignants.

de vie » (P3), « dans l'autonomie, je vois toutes les facettes de leur vie quotidienne » (P6), « gérer les rendez-vous au quotidien » (P8). Ces compétences semblent être évolutives dans le temps.

3.3 Variation de l'opérationnalisation de l'autonomie en fonction de qui la définit en ETP

L'autogestion, l'autosoin, l'auto-surveillance et la gestion du quotidien peuvent avoir différents degrés de mise en œuvre. En revanche, pour certains professionnels, l'autonomie est définie par le soignant et pour d'autres par le patient. D'après les entretiens réalisés, lorsque l'autonomie est définie par le patient, si ce dernier choisit de s'appuyer sur un tiers pour gérer son traitement, ce choix est considéré par certains interviewés comme une forme d'autonomie « si tu n'as pas envie de les faire seul, tu peux être autonome en ne faisant pas les choses seul » (P4), « ce n'est pas ne plus avoir besoin de personne mais savoir quand avoir besoin » (P1). À l'extrême, un patient n'est jamais trop autonome, car cela veut dire qu'il est à l'aise dans la gestion de sa maladie « non, non, non, je ne vois pas comment on peut être trop autonome » (P4). Mais cette vision de l'autonomie nécessite de redéfinir la notion de normalité « la normalité, c'est justement de ne pas prendre son traitement tous les jours » (P4), « il faut redéfinir la notion de normalité » (P4). La référence devient alors le patient lui-même. Entre ces deux extrêmes, le patient peut développer des compétences comme « la confiance en soi » (P1, P4), ou encore, « la liberté d'adapter son traitement » (P3). Dans cette vision, les besoins du patient sont pris en compte et le professionnel tient compte de son contexte de vie, mais aussi de ses ressources et de son état émotionnel. Sa temporalité d'adaptation est accompagnée et respectée « c'est la médecine qui s'adapte au patient » (P3, P8) « on entend autonomie, au

sens où on en parle là, c'est-à-dire en fonction de ses propres références, c'est aller le mieux possible en choisissant ses ressources avec cette maladie » (P5), « pour moi l'autonomie ce n'est pas qu'il n'est besoin de personne mais qu'il sache quand il a besoin de quelqu'un » (P1), « on ne va pas forcer un patient à devenir autonome s'il ne s'en sent pas capable, l'autonomie c'est si le patient le décide » (P3). Figure 2

Lorsque l'autonomie est définie par le soignant, le degré d'autonomie est plus restrictif. Il est en lien uniquement avec la capacité à gérer son traitement et à y mettre du sens. Sans gestion de la part du patient et sans compréhension de sa part, il n'y a pas d'autonomie : « il faut gérer son traitement sans aide extérieure » (P7), « si on lui fait un pilulier, il n'est pas du tout autonome » (P2), « il n'a pas besoin que son médecin lui rappelle quel examen faire » (P6), « un patient doit connaître les traitements et envisager les effets secondaires mais quand je dis traitement, ce n'est pas forcément des traitements médicamenteux, cela peut être un traitement diététique, de l'activité physique, mais le patient en connaît les tenants, les aboutissants » (P2), « il a intérêt à ne pas dépendre de quelqu'un si il est en permanence en dépendance, notamment de son médecin ou de n'importe qui d'autre sa vie va être aliénée à quelqu'un d'autre. Or, on veut qu'il ait la capacité d'avoir une vie normale, un état de santé normal, de bien être donc il ne peut pas dépendre en permanence de son médecin » (P7).

Cette autonomie s'acquiert à travers « la connaissance de la maladie et du traitement » (P7). Dans cette vision de l'autonomie, c'est d'être capable de mettre en place des objectifs médicaux qui ne sont pas forcément négociés « les objectifs, tu ne les négocies pas, c'est le médecin qui les pose » (P2, P6, P7).

L'autonomie décrite ici est « évolutive » (P1, P7) et nécessite un « travail permanent » (P7) du patient : « à un moment donné, tu vas arriver à la limite de ta compétence et

	Maladie traitement			Parcours de soin			
Maladie traitement	Chronicité / Problème psychologique / Type de maladie chronique / Maladie et élan de vie cassé / type de traitement et type de comportement à changer /			Connaissances / Processus d'accompagnement à travers l'ETP qui va permettre au patient de devenir acteur			Parcours de soin
	Insulinothérapie fonctionnelle / Evolution de la maladie / Type de traitement et technicité / Impact sur la vie sociale / Risque de complications		Maladie psychique	Adaptation du parcours de soin / Méthode d'apprentissage / Orientation vers des PEC adaptées / Apprentissage et techniques d'apprentissages / ETP /		Les ressources présentes autour de lui (matériel et humain) / S'appuyer sur le référentiel interne du patient / Guidance / Tuteur / Echanges avec plusieurs personnes pour se faire sa propre connaissance	
Soignants	Prendre le temps d'écouter les patients / Faire émerger ses besoins qui peuvent être évolutifs / Relation soignant soignée sécurisée / Ne pas imposer / Connaissances du patient / le lien établi / Respect et confiance / Ecoute active		Responsabilité perçue du médecin de rendre le patient autonome pour prévenir les complications / Connaissances médicale / Ses limites / Infirmière plus à l'écoute / Relation soignant soigné / Ne plus savoir comment accompagner un patient en échec / Veiller à ce que le patient puisse garder une part de liberté en proposant un cadre mobile / Injonctions / Mettre le patient au premier plan / Peur du médecin d'être inutile	Réticence des soignants / Posture intransigeante ou autoritaire / Faire la morale / Pas d'écoute / Rigidité du professionnel	Ambivalence et résistances / Patient minimise / Maladie vécue comme une privation / Son choix / Ses capacités ou la perception de ses capacités / Sa compréhension / Son milieu sa culture	Situation violente (problèmes conjugaux) / Acceptation / vécu de la maladie / Connaissance de soi / Connaissance de sa maladie / La confiance en soi / Privation et frustration / Ses limites / Réseaux sociaux / certains ne s'en sentent pas capable / Résistance / Plaisir /	Patients
	Ecoute active / Négocier les objectifs / Ecoute bienveillante / Aider le patient à se questionner / Accompagner le patients dans ses besoins et ses objectifs et écouter ses envies / Posture éducative centrée sur le patient / Croire en l'autre ça favorise le succès		Responsabilité (lourde à porter pour le patient) / Peur du patient d'altérer la relation avec le soignant / Liberté de choix / Age / Locus de contrôle externe sécurisant / Vie sociale / Capacité / Temporalité cheminement / Le moral, le physique, le sentiment d'efficacité / Changement des habitudes / Ambivalence / Projection des attentes des autres / Volonté / Motivation / Peur du changement / Acceptation / Esprit critique / Peur de se tromper	Temporalité / Si le patient se sent écouté il prend confiance en lui il est plus sûr de lui / Comprendre la nécessité de prendre certains traitements / Mettre du sens / Comprendre comment gérer les moments plaisirs pour ne pas se priver mais ne pas avoir de complications /			
	Soignants			Patients			

Figure 2. Les facteurs perçus par les professionnels comme influençant l'autonomie¹².

quand tu seras à la limite, il faudra avoir quelqu'un qui puisse te relancer dans l'élargissement de tes compétences» (P7). Ces différents degrés d'autosoins, d'autosurveillance et d'autogestion sont dépendants de limites physiques, psychiques, cognitives ou techniques (e.g., l'évolution du matériel, la peur de ne pas pouvoir gérer une crise).

3.4 Les facteurs identifiés par les soignants comme influençant l'autonomie des patients

L'analyse du discours a mis en lumière des facteurs qui pour les professionnels exercent une influence sur l'autonomie du patient. Certains facteurs impactent positivement l'autonomie du patient, d'autres l'impact négativement et la diminuent enfin, d'autres l'influencent sans précision de la part des soignants si l'influence est positive ou négative.

Lors de l'analyse, les facteurs ont été sous-catégorisés : A) les facteurs en lien avec la maladie et/ou les traitements, B)

les facteurs en lien avec le patient, C) les facteurs en lien avec le soignant et D) les facteurs en lien avec le parcours de soin. Par exemple, l'unité de texte suivante : «une posture trop rigide ne favorisera pas l'autonomie» a été classée comme frein de l'autonomie, dans la sous-catégorie : soignants.

3.4.1 Facteurs impactant l'autonomie selon les professionnels

Les résultats présentés ici font état de facteurs ayant un impact sur l'autonomie selon les soignants, mais sans précision de leur part sur leur influence positive ou négative : A) la chronicité, l'évolution de la maladie ; B) les résistances du patient, la connaissance de soi, les situations de violence, les réseaux sociaux, la notion de privation, les méthodes d'apprentissage, les limites, l'âge, la motivation ; C) la responsabilité perçue, la peur du médecin d'être inutile, les connaissances et D) l'orientation vers des prises en charge adaptées et l'évolution des techniques : « tu y vois moins bien, la maladie évolue, il faut que tu réinventes autre chose » (P3), « mais sur le long terme, je ne sais pas si le patient ne s'essouffle pas » (P5), « et quand un patient n'adhère pas, on peut lui expliquer. Et après, c'est une question de temps, ça ne va pas marcher à tous les coups » (P1), « ils ont l'impression qu'on les prive toujours de plaisir alimentaire, parce que ce n'est quand même pas les mêmes repas surtout pour les diabétiques » (P2).

² Cette figure représente les facteurs qui impactent positivement ou négativement l'autonomie du point de vue des patients en fonction de 4 critères : le patient, le soignant, la maladie ou le parcours de soin. Les cases en vertes sont selon les professionnels les facteurs qui augmentent l'autonomie, en rouge les facteurs qui diminuent l'autonomie et en bleu qui impactent l'autonomie mais sans précision sur l'impact positif ou négatif.

365 3.4.2 Facteurs favorisant l'autonomie

366 Dans le discours des soignants, les facteurs favorisant
 367 l'autonomie, dépendent majoritairement du soignant C)
 368 notamment de la posture éducative adoptée à travers la
 369 relation soignant/soigné, la négociation des objectifs, l'écoute
 370 bienveillante, le respect et la confiance : « à mon avis, c'est la
 371 confiance en lui qu'on va pouvoir lui insuffler » (P3), « en
 372 ayant une bonne estime de la part du soignant et une meilleure
 373 confiance en se sentant écouté, le patient peut être plus sûr de
 374 lui. J'imagine que ça va être plus simple pour lui d'être
 375 autonome, de savoir quoi aller chercher, de savoir quoi faire »
 376 (P4), « je pense que le fait d'écouter vraiment, c'est ça
 377 d'écouter vraiment d'aller même creuser ça aide à développer
 378 l'autonomie » (P5).

379 3.4.3 Facteurs freinant l'autonomie

380 Selon les soignants, les facteurs limitants, sont des facteurs
 381 liés au patient B) à savoir : l'ambivalence, l'entourage, les
 382 choix, ses capacités cognitives, son milieu social et son milieu
 383 de vie, « j'ai l'impression que c'est allé trop vite et qu'on n'a
 384 pas laissé le temps au patient d'accepter son diabète, il le voit
 385 comme une privation, comme des contraintes quand tu
 386 annonces une maladie, il y a des étapes qui sont grillées
 387 parce qu'il faut que ça aille vite » (P2) mais aussi des facteurs
 388 liés au soignant qui proposerait des postures perçues comme
 389 trop rigides « quand tu imposes au patient ça ne fonctionne
 390 pas » (P1), « il ne faut pas faire la morale, ça ne marche pas »
 391 (P5). On retrouve comme frein en lien avec la maladie A) la
 392 maladie psychique et en lien avec le soignant C) les postures
 393 intransigeantes ou autoritaires, le fait de faire la morale au
 394 patient et l'absence d'écoute.

395 3.5 La place de l'autonomie dans la construction des
396 séances éducatives

397 Dans les discours, l'autonomie est associée à l'autogestion,
 398 l'autosoin mais pour certains soignants l'autogestion est
 399 augmentée par la connaissance « il a des traitements mais il ne
 400 les prend pas régulièrement, il n'a pas accepté et on ne lui a
 401 pas expliqué » (P2), « un patient autonome c'est un patient qui
 402 sait quoi faire » (P2), « je pense que plus tu connais ce qu'il
 403 t'arrive plus tu es autonome, pour que le patient sache réagir
 404 en cas de difficultés. C'est pas la même chose pour moi de
 405 subir une complication dont tu n'as pas compris le mécanisme,
 406 le fonctionnement » (P5); et pour d'autres par les compétences
 407 d'adaptation « tu identifies les compétences que tu vas
 408 travailler avec les patients » (P4), « il y a des contraintes
 409 qu'on ne pourra pas dépasser mais si on peut faire des choses
 410 à côté, autant les faire et pas se retrouver limité à tu es malade
 411 et tu fais ce qu'on te dit, je pense qu'il faut écouter aussi les
 412 envies des patients pour que ce soit le mieux vécu » (P3), « il
 413 doit identifier ses ressources personnelles » (P5).

414 Comment dès lors cet objectif de l'ETP est-il opération-
 415 nalisé lors des séances éducatives? Le présent paragraphe
 416 change de point de vue et présente la manière dont les
 417 professionnels opérationnalisent les séances éducatives et
 418 comment la question de l'autonomie va impacter la posture
 419 éducative.

3.6 Les résultats du test Q. sort

420 Les résultats du test Q sort montrent que tous les
 421 professionnels interrogés sont en accord avec le registre
 422 d'attitudes « endogène », c'est-à-dire une posture centrée sur le
 423 patient pour favoriser l'auto-apprentissage et sont en
 424 désaccord avec les attitudes « exogène ».

425 L'attribution des valeurs +2, +1, -1 et -2 en fonction des
 426 items choisis permet de dire que les 8 participants sont en
 427 accord avec le registre d'attitude endogène : entretien 1
 428 endogène +5; ambivalent +2; exogène -8, entretien 2
 429 endogène +4; ambivalent +2, exogène -5; entretien 3
 430 endogène +4; ambivalent -1; exogène -4, entretien 4
 431 endogène +7; ambivalent -2; exogène -5; entretien 5
 432 endogène +6; ambivalent -2; exogène -4, entretien 6
 433 endogène +5; ambivalent +1; exogène -7, entretien 7
 434 endogène +4; Ambivalent +2; exogène -6, entretien 8
 435 endogène +2; Ambivalent 0; exogène -2. Le score total
 436 révèle l'opinion plus ou moins favorable du professionnel aux
 437 items du registre d'attitude [6].
 438

3.7 Mise en lien des résultats du Q. sort et des
440 catégories issues des entretiens

441 Dans le test du Q-sort, tous ont déclaré être le plus en
 442 accord avec le registre d'attitude exogène et être en désaccord
 443 avec le registre d'attitude exogène alors que l'analyse de
 444 discours montre que certains soignants se retrouvent dans les
 445 autres registres d'attitude. Par exemple certains semblent se
 446 situer dans le registre ambivalent : « À partir du moment où ils
 447 font des exercices que ce soient des exercices lors des sessions
 448 du programme d'insulinothérapie fonctionnelle, où on leur
 449 donne des problèmes à résoudre, des exercices techniques à
 450 résoudre, des mises en situation, on favorise l'autonomie »
 451 (P7), « tu as beau délivrer des connaissances sous des formes
 452 ludiques, mais il a besoin d'un mémo où derrière c'est écrit et
 453 récapitulé sinon son attention n'est pas assez soutenue et il a
 454 oublié » (P7), « ça se transforme en de la délivrance
 455 d'information » (P7), « on donne les connaissances » (P3),
 456 « tu lui dis fais ça » (P6), « C'est-à-dire que le patient tu as
 457 beau lui délivrer des connaissances sous des formes ludiques,
 458 il a besoin d'un mémo où derrière c'est écrit et récapitulé sinon
 459 son attention n'est pas assez soutenue et il oublie » (P7), « si un
 460 patient n'adhère pas, il faut lui expliquer » (P2).

461 D'autres dans le registre exogène « souvent, on est dans un
 462 rapport un peu justement Soignant-soigné, c'est à dire un truc
 463 un peu descendant » (P5), « il y a encore des collègues qui
 464 imposent des choses » (P1), « laisser faire moi, je ne suis pas
 465 trop d'accord avec ça » (P2), « j'ai encore beaucoup de
 466 collègues qui travaillent comme ça, avec plus ou moins de
 467 bienveillance, et qui sont dans l'injonction, et certains patients
 468 ont l'impression qu'ils ont une obligation de résultat face à
 469 Toi » (P5), « un moyen d'apprentissage sera de découvrir par
 470 lui-même mais ça sera forcément guidé » (P7), « le but de
 471 l'éducation thérapeutique est de rendre le patient autonome,
 472 c'est sa définition, donc par définition, en l'éduquant sur son
 473 traitement, on le rend autonome, sur son traitement » (P7)

474 À l'inverse, certains professionnels s'engagent dans une
 475 posture éducative associée au registre d'attitudes favorisant
 476 une éducation endogène : « faire participer le patient avec une

posture qui lui donne confiance» (P4), «on part toujours des objectifs du Patient. Qu'est-ce qu'il souhaite pour lui? Qu'est-ce qu'il pense? Qu'attend-il de notre coopération?» (P3), «mes compétences vont pouvoir l'aider, lui à aller vers ses propres objectifs, se révéler» (P5), «qu'est-ce qui est compliqué pour lui à la prise de ce traitement et puis essayer de raisonner avec ça» (P5), «les connaissances sont nécessaires mais pas suffisantes» (P1), «il faut dès le départ conjuguer les savoirs, c'est à dire à la fois les savoirs scientifiques, mais à la fois des savoirs expérientiels, du patient» (P8), «il faut une alliance thérapeutique» (P1, P3, P4, P5), «si un patient vient à l'hôpital pour retrouver de l'autonomie respiratoire on va travailler ensemble en demandant au patient: respirer mieux, ça veut dire quoi? De quoi avez-vous besoin? Qu'est-ce que vous avez besoin de savoir? Qu'est-ce que vous connaissez déjà?» (P5), «je ne veux pas que cette barrière de soignants, en atelier j'enlève la blouse» (P5), «Ça ne rendrait pas service au patient de lui faire la morale» (P5), «non pas dramatiser, mais en tout cas stresser pour ne pas rompre le suivi» (P5), «une forme de question entre laisser le patient dans sa zone de confort et en même temps essayer de le pousser vers quelque chose tout en ne sachant pas finalement s'il va s'en saisir ou pas» (P7), «un apprentissage mutuel parce que chaque formation ont à apprendre des uns des autres» (P8), «je pense qu'il n'y a pas meilleur apprentissage que quand les choses sortent de la bouche d'un patient et pour beaucoup de patients, c'est plus légitime quand ça sort de la bouche d'un patient» (P8).

Contrairement aux résultats du Q. sort, tous les professionnels ne semblent pas s'appuyer sur une posture éducative centrée sur le patient. Il y a donc une distorsion entre la posture idéale perçue et celle incarnée dans les séances d'ETP.

Cette différence entre les représentations semble être impactée dans les discours rapportés par différents facteurs: la formation initiale «on est formée à donner des avis» (P7), par les outils dont disposent les soignants «que peut-on faire lorsqu'un patient ne veut pas changer?» (P5) et par le contexte institutionnel «des fois, nous sommes pris par le temps et ça se transforme en de la délivrance d'information» (P7).

4 Discussion

4.1 La représentation de l'autonomie comme prédicteur de la posture éducative dans les pratiques rapportées des soignants

Le but de cette recherche était de répondre à la question suivante: dans quelle mesure, les représentations de l'autonomie chez les professionnels de santé engagés dans les programmes d'ETP sont-elles un bon indicateur de leurs pratiques rapportées?

Dans les discours apparaissent des éléments qui laissent penser que les soignants s'appuient sur différentes postures lors des séances d'ETP, dont une posture relevant du registre d'attitude ambivalent. Nous retrouvons donc ici des données concordantes avec la littérature à savoir qu'il y a bien des postures éducatives différentes en fonction des professionnels [5] parfois même au sein du même établissement [22].

Les résultats révèlent également dans la représentation de l'autonomie chez soignants des éléments partagés et des éléments divergents. Pour les points partagés, les soignants identifient plusieurs degrés d'autonomie allant de gérer son traitement grâce à un tiers, en passant par la capacité à mettre en place des compétences d'autosurveillance, d'autosoins ou d'autogestion et de gestion du quotidien, jusqu'à gérer seul sa pathologie. Selon l'analyse des discours, l'autonomie du patient peut être impactée par la maladie, le parcours de soin, le patient lui-même(en fonction de son environnement) et par le soignant (notamment à travers sa posture éducative). Lorsqu'elle est trop rigide, le patient ne peut pas devenir autonome. En revanche lorsqu'elle est centrée sur l'écoute et le patient, elle impacte positivement son autonomie. Ce qui change sur le plan des représentations, c'est la personne qui définit l'autonomie. Dans un cas ce sont les soignants, dans l'autre le patient. Ces résultats sont concordants avec les résultats trouvés en 2012 par Roussel et Deccache [8] qui ont mis en avant que l'autonomie dans la représentation des soignants était soit fonctionnelle soit décisionnelle, soit mixte. L'autonomie fonctionnelle consiste en des «savoir-faire» que le patient déploie pour gérer sa maladie ou sa santé et l'autonomie décisionnelle correspond à un comportement d'adaptation psychosociale. Dans cette recherche, on ne parle pas d'autonomie décisionnelle ou fonctionnelle mais de manière de mettre en œuvre l'autonomie et c'est sur les finalités que les résultats se rejoignent. L'autonomie définie par le soignant s'appuie dans les pratiques rapportées majoritairement sur des connaissances qui permettent de favoriser l'autogestion et sur des séances éducatives centrées sur l'apport de connaissances avec des postures parfois ambivalentes voire exogènes «des fois ça se transforme en de la délivrance d'information» (P7), «je ne suis pas autonome, mais je sais trouver la personne qui va où m'expliquer comment le faire ou le faire» (P1), «il faut leur expliquer pour qu'ils acceptent» (P2). Dans le cas où le patient définit son autonomie, l'apport de connaissances ne suffit à augmenter les compétences d'autosoins, il faut aussi que le patient développe des compétences d'adaptation comme la confiance en soi «s'il gagne en autonomie, il gagne en confiance en soi et s'il gagne en confiance en lui, il gagne en autonomie» (P1), Pour ce faire, les soignants s'appuient sur des postures centrées sur le patient favorisant l'alliance thérapeutique «c'est parce qu'il est en confiance qu'il peut accepter de devenir autonome» (P5), «c'est l'alliance thérapeutique qui permet au patient de devenir autonome» (P1).

Ce qu'on remarque à travers cette analyse c'est que les professionnels qui sont en faveur d'une autonomie définie par le soignant sont en faveur d'objectifs thérapeutique définis par le médecin et se projettent plus dans des pédagogies de type exogène ou ambivalente. Dans ce cas, l'apport de connaissance est central et favorise selon eux l'autonomie.

Lorsque les professionnels sont en faveur d'une autonomie définie par le patient, ils sont plus centrés sur des compétences d'adaptation du type permettre au patient de prendre confiance en lui pour développer son autonomie. Ils semblent également s'appuyer sur des postures plus centrées sur le patient de type endogène.

4.2 Perspectives de recherche

Cette étude présente des limites : le nombre de participantes, leur hétérogénéité puisqu'elles exercent dans des programmes portant sur des pathologies différentes comme l'asthme, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin ou le diabète et l'absence de mesure quantitative qui ne permet la généralisation des résultats. Pour autant, la tension mise en évidence dans la représentation de l'autonomie en ETP peut être une hypothèse intéressante pour expliquer les différentes pratiques éducatives. Cette observation est cohérente avec la fonction des représentations sociales. Celles-ci en effet ont pour rôle de s'approprier une notion qui n'est pas définie et d'adapter les pratiques [13]. Il serait également intéressant de proposer une définition de l'autonomie qui pourrait être assez détaillée pour permettre la mise en œuvre de séances éducatives adaptées aux enjeux de l'ETP.

Les représentations ne doivent pas être la seule piste envisagée pour expliquer les différences de postures en ETP ; certains professionnels ont fait part de questions éthiques liées au fait de laisser le patient définir son autonomie. Cette question également discutée dans la littérature [23]. La formation médicale très descendante qui ne prépare pas à des pédagogies endogènes pourrait également être une explication. Cependant, la représentation de l'autonomie reste une hypothèse intéressante pour expliquer la disparité des pratiques éducatives. Certains auteurs ont déjà travaillé sur cette hypothèse à savoir que les représentations impactent les postures éducatives [24], mais ces derniers recommandent de poursuivre la recherche avec des méthodes mixtes. Dans le cas présent, nous nous sommes intéressés aux contenus des représentations mais il faudrait poursuivre la recherche avec des méthodes quantitatives car « limiter l'étude des représentations sociales à leur contenu pourrait les faire apparaître comme des réalités en soi, dotées d'une existence autonome et ce serait privilégier une démarche descriptive aux dépens d'une démarche explicative » [24].

Cette question semble d'autant plus importante que pour les soignants la posture éducative est un facteur important qui impacte positivement ou négativement l'autonomie en fonction qu'elle soit trop rigide ou à l'inverse centrée sur le patient. Selon Authier et Berger [25], pour qui une séance éducative centrée seulement sur la connaissance fait que le patient n'existe plus, ou s'efface au profit de la seule prise en charge scientifique et technique de la pathologie grâce à des savoirs académiques apportés de façon uniforme et décontextualisée par le soignant. Pour Funnell et Anderson [26], l'éducation thérapeutique doit intégrer des stratégies d'enseignement interactives conçues pour impliquer les patients dans la résolution des problèmes et répondre à leurs besoins culturels et psychosociaux [26] ce qui permet à l'apprenant de faire sienne une difficulté et de trouver son propre chemin vers la résolution de ce problème. Le non-usage d'une posture centrée sur le patient peut donner l'impression au patient de subir les soins et donc d'être privé de son autonomie, car comme le rappelle Barrier [27] lorsqu'un soignant prive le patient du choix de ses objectifs thérapeutiques, il le prive de son autonomie et le maintient dans une forme d'aliénation [28].

5 Conclusion

La volonté de proposer de l'ETP au patient porteur d'une maladie chronique pour le rendre plus autonome se heurte à la représentation de l'autonomie des soignants. La posture éducative adoptée peut varier. Lorsque le professionnel définit l'autonomie pour son patient, il peut se laisser enfermer dans des postures pédagogiques relevant du registre d'attitude ambivalent ou exogène (comparaison du patient avec les normes du soignant). À l'inverse, lorsqu'il pense que l'autonomie doit être définie par le patient, les soignants semblent proposer des séances éducatives plus centrées sur le développement des compétences où le patient a plus de place pour s'exprimer. Il semble donc nécessaire de réfléchir à une définition de l'autonomie qui permettrait de mettre en œuvre des séances éducatives adaptées aux enjeux de l'ETP.

Références

1. Ministère de la Santé et de la Prévention. Vivre avec une maladie chronique; 2023. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>.
2. OMS. Programmes de formation continue pour professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques. Recommandations d'un groupe de travail. 1998.
3. Sandrin B. Éducation thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ? Santé Publique 2013; S2: 125–35. <https://doi.org/10.3917/spub.133.0125>.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Charte d'Ottawa. 1986.
5. Roussel S, Frenay M. Towards a patient-centred approach in therapeutic patient education. A qualitative study exploring health care professionals' practices and related representations. *Chronic Illness* 2023; 19:418–433. <https://doi.org/10.1177/174239532211088>.
6. De Peretti A. Connaître les opinions pédagogiques grâce à un test Q. sort. In: Les chemins de la pédagogie : guide des idées sur l'éducation et l'apprentissage, Chronique social, (F Tilman, D Grootaers, Eds), Bruxelles: couleur livres; 2006, pp. 17–25.
7. Pétré B, Peignot A, Gagnayre R, Bertin E, Ziegler O, Guillaume M. La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient ! *Educ. Ther. Patient/Ther. Patient Educ.* 2019; 11:10501. <https://doi.org/10.1051/tp/2018019>.
8. Roussel S, Deccache A. Représentations variées des concepts en éducation thérapeutique du patient chez les professionnels de soins de santé : réflexions et perspectives. *Educ. Ther. Patient/Ther. Patient Educ.* 2012; 4:S401–8. <https://doi.org/10.1051/tp/2012010>.
9. Légifrance. Article 84 – LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 2009. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000020879791.
10. Raoul JL, Maraninchi D. L'autonomie de décision du patient : du concept à la pratique cancérologique. *Bull Cancer* 2017; 5189:597–700. <http://dx.doi.org/10.1016>.
11. Pélicand J, Fournier C, Aujoulat I. Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins. *Actual Doss En Santé Publique* 2009; 66:21–23.

703	12. Jodelet D. Les représentations sociales. Sociologie d'aujourd'hui, Paris: Presses universitaires de France; 1989.	751
704		752
705	13. Moliner P. La représentation sociale comme grille de lecture. Thèse de doctorat, Aix en Provence: Université de Provence; 1988.	753
706		754
707		755
708	14. Abric JC. Les représentations sociales: aspects théoriques. In: Pratiques sociales et représentations. 1 ^{re} éd, (J-C Abric, Ed), Paris: Presses Universitaires de France; 2011, pp. 15–46.	756
709		757
710		758
711	15. Rateau P, Moliner P, Guimelli C, Abric JC. Social representation theory. In: Handbook of theories of social psychology, (PAM Van Lange, AW Kruglanski, ET Higgins, Eds), London: SAGE Publications Ltd; 2011.	759
712		760
713		761
714		762
715	16. Dany L. Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. In: Les représentations sociales, Théories, méthodes et applications, (G Lo Monaco, S Delouée, P Rateau, Eds), Louvain-la-Neuve: de Boeck; 2016, pp. 85–102.	763
716		
717		
718	17. Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: Presses Universitaires de France; 2013.	
719		
720		
721	18. Pezè V, Lumediluna ML, Thill JC, Sarde E, Dany L. Représentations et vécus associés au diabète et à l'éducation thérapeutique: une étude qualitative. Educ. Ther. Patient/Ther. Patient Educ. 2017; 9:10105. https://doi.org/10.1051/tpe/2017007 .	
722		
723		
724		
725	19. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual. Res. Psychol. 2006; 3:77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa .	
726		
727		
728	20. Apostolidis T. Représentations sociales et triangulation: enjeux théorico-méthodologiques. In: Méthode d'étude des représentations sociales, (J-C Abric, Ed), Toulouse: Érès; 2005, pp. 13–35. https://doi.org/10.3917/eres.abric.2003.01.0013 .	
729		
730		
731	21. Lo Monaco G, Piermattéo A, Guimelli C, Abric JC. Social representations, correspondence factor analysis and characterization questionnaire: A methodological contribution. Span. J. Psychol. 2012; 15:1233–43. DOI: 10.5209/rev_sjop.2012.v15.n3.39410 .	
732		
733		
734	22. Giordan A. Petite Histoire de l'éducation thérapeutique du patient dans les milieux francophones. Med. Mal. Metab. 2018; 12:361–71. DOI: 10.1016/S1957-2557(18)30099-3 .	
735		
736		
737	23. Le Coz P. Éthique: pourquoi respecter l'autonomie du patient? Cancers Psys. 2020; 5:147–58. https://doi.org/10.3917/crpsy.005.0147 .	
738		
739		
740	24. Roussel S, Frenay M. Roussel S, Frenay M. Links between perceptions and practices in patient education: A systematic review. Health Educ. Behav. 2019; 46:1001–1011. DOI: 10.1177/1090198119868273 .	
741		
742		
743	25. Authier D, Berger D. Approche didactique de l'ETP et pistes d'amélioration de la formation des soignants dans le champ de l'éducation. Rech. Educ. 2019. Disponible sur: https://journals.openedition.org/rechercheseducations/7124 .	
744		
745		
746		
747		
748		
749		
750		
	26. Funnell MM, Anderson RM. Empowerment and self-management of diabetes. Clin. Diabetes 2004; 22:123–7. https://doi.org/10.2337/diaclin.22.3.123 .	
	27. Barrier P. L'autonomie du patient: le point de vue du patient. Med. Mal. Metab. 2013; 7:311–315. https://doi.org/10.1016/S1957-2557(13)70587-X .	
	28. Aujoulat I. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique: des processus multiples: auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Louvain-la-Neuve: Université catholique du Louvain; 2007. Disponible sur: https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/reso/documents/THESEaujoulat-BibliothequeUCL-Version2.pdf .	
	Annexe 1	
	Guide initial et guide final.	764
	Guide initial	765
	Depuis quand animez-vous des séances éducatives pour des patients porteurs d'une maladie chronique? (brise-glace)	766
	Qu'attend un professionnel de santé d'un patient qui participe à un programme ETP?	767
	Pour vous c'est quoi l'autonomie d'un patient porteur de maladie chronique?	768
	Que faire si un patient ne suit pas le traitement?	769
	Qu'est ce qui amène un patient à ne pas suivre un traitement?	770
	Guide final	771
	Depuis quand animez-vous des séances éducatives pour des patients porteurs d'une maladie chronique? (brise-glace)	772
	Pour vous c'est quoi l'autonomie du patient?	773
	Faites-vous un lien entre maladie chronique et autonomie du patient?	774
	Quel(s) est/sont l'enjeu (les enjeux) de l'autonomie dans la maladie chronique?	775
	Faites-vous un lien entre autonomie et ETP?	776
	Faites-vous un lien entre posture éducative et autonomie?	777
	Selon vous qu'est-ce qui peut favoriser l'autonomie du patient?	778
	Selon vous qu'est-ce qui peut freiner l'autonomie du patient?	779
	Selon vous un patient peut-il être trop autonome?	780
	La notion d'autonomie a-t-elle été abordée lors de vos études?	781
	Sur le plan personnel, c'est quoi pour vous l'autonomie?	782

Annexe 2

Liste des items à partir desquels va être définie la posture éducative des participants [6].

Liste des items relatifs à l'éducation		Attitudes
1	Eduquer, c'est savoir attendre.	Expectative *
2	Eduquer, c'est inculquer le sens du devoir.	Moralisante *
3	Eduquer, c'est permettre aux possibilités d'une personne de se révéler.	Psychologisante
4	Eduquer, c'est laisser faire.	Expectative
5	Eduquer, c'est apporter les conditions qui faciliteront l'apprentissage des bonnes habitudes.	Contrôle
6	Eduquer, c'est donner l'exemple	Moralisante
7	Eduquer, c'est communiquer en profondeur avec un jeune (ou un adulte) pour l'aider à communiquer avec lui-même.	Psychologisante
8	Eduquer, c'est savoir se taire.	Expectative
9	Eduquer, c'est instruire et exercer le raisonnement.	Instructivite
10	Eduquer, c'est corriger et redresser les mauvais plis.	Contrôle
11	Eduquer, c'est révéler les valeurs essentielles.	Moralisante
12	Eduquer, c'est entraîner les jeunes à obéir.	Contrôle
13	hadfiesse et de sécurité.	Psychologisante
14	Eduquer, c'est présenter les modèles de comportements idéaux.	Moralisante
15	Eduquer, c'est apporter les contraintes qui encadrent et réfrènent les tendances anarchiques.	Contrôle
16	Eduquer, c'est provoquer inlassablement.	Ferme
17	Eduquer, c'est aider progressivement un jeune (ou un adulte) à affronter son angoisse et à s'ouvrir aux autres.	Psychologisante
18	Eduquer, c'est savoir bousculer.	Ferme
19	Eduquer, c'est faire confiance.	Expectative
20	Eduquer, c'est s'éduquer.	Symbiose
Dans la proposition d'analyse des auteurs, certaines phrases n'ont pas été associées à des attitudes. Elles ont donc été associées dans le cadre de ce travail pour pouvoir mener à bien l'analyse des Q.Sort. Les phrases associées à une attitudes dans le cadre de ce travail sont inscrites en italiques et suivi du symbole : *.		

Citation de l'article : Gazagne A, Roussel S. Dans quelle mesure, les représentations de l'autonomie chez les professionnels de santé engagés dans les programmes d'ETP sont-elles un bon indicateur de leurs pratiques rapportées? Une étude qualitative. Educ Ther Patient/Ther Patient Educ, <https://doi.org/10.1051/tpe/2024005>