

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

## **ETP – DIAGNOSTIC PARTAGE DE SANTE POUR TENDRE VERS UNE HARMONISATION DES PRATIQUES EN ETP EN COOPERATION AVEC LES DIFFERENTS PROFESSIONNELS DU TERRITOIRE FRONTALIER FRANCE - BELGIQUE**

*Projet cofinancé par le Fonds européen de développement régional dans le cadre du  
programme Interreg France-Wallonie-Vlaanderen*

### **PARTIE II – CADRE CONCEPTUEL**

#### **L'ETP : UN CONCEPT EMERGEANT ET EVOLUTIF AMENANT UN CHANGEMENT DE PARADIGME DU SOIN.**

Le projet Coprosepap a pour finalité est de développer des actions de promotion de la santé et de parcours éducatifs innovants des patients atteints de pathologies chroniques dans l'espace frontalier franco-belge rural.

Selon le Pr. Ivernois<sup>i</sup>, en éducation thérapeutique du patient (ETP) l'idée prédominante est d'éduquer le patient, c'est-à-dire d'accompagner le patient dans le développement de ses compétences et renforcer sa capacité à gérer la maladie et à vivre avec celle-ci. L'ETP est donc une discussion voire « un contrat » entre une équipe soignante et le patient qui nécessite un regard réflexif sur la posture éducative. L'efficacité de l'ETP est prouvée mais comme le souligne M. le professeur Pétré<sup>ii</sup> elle « dépend de plusieurs conditions de mise en œuvre : un cadre législatif stimulant, les possibilités de financement des activités d'ETP, la réceptivité des bénéficiaires [...], l'intégration de ces principes par les soignants dans leur pratique courante ». Suite aux entretiens (n=20) menés dans le cadre du projet Coprosepap, nous pouvons présupposer que les professionnels de santé ou paramédicaux ayant une sensibilité à l'ETP s'appuient sur un même cadre conceptuel en Belgique et en France. Ce cadre conceptuel est celui défini par l'OMS, comme étant « un processus d'apprentissage centré sur le patient et adapté à ses besoins, nécessairement intégré au traitement et aux soins, ayant un caractère multi-professionnels et multidisciplinaires et nécessitant pour les professionnels de santé de suivre des formations méthodologiques. <sup>iii</sup>»

Malgré ce cadre conceptuel partagé par les professionnels de santé interrogés, la déclinaison des programmes d'ETP reste hétérogène d'un pays à l'autre mais également au sein même de chaque pays. Force est de constater, que vingt ans après les préconisations de l'OMS<sup>iv</sup>, l'ETP peine à être intégrée dans les programmes de formation des professionnels de santé et est loin de s'inscrire dans le parcours de soin des personnes atteintes de pathologies chroniques. Dans ce contexte, on cherche à savoir comment l'ETP pourrait être un moyen pour répondre aux problématiques de prise en charge des pathologies chroniques et de la viabilité de nos systèmes de santé pour les années à venir.

Cet article poursuit les objectifs suivants :

- Rendre compte de la perception et des représentations des personnes œuvrant ou bénéficiant d'un programme d'ETP ;
- Identifier les freins et les leviers à la déclinaison d'un programme d'ETP ;

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

Tout au long de l'étude nous nous sommes appuyés sur une approche systémique permettant selon nous d'identifier les leviers à notre disposition pour imaginer ces parcours se trouvant à la jonction du monde du soin et de celui de la promotion de la santé.

## IDENTIFIER LA PERCEPTION ET LES REPRESENTATIONS VIS-A-VIS DE L'ETP (N=20)

Comme souligné auparavant, l'ETP est toute récente dans les textes officiels en France et peine à être légiférée en Belgique. Lors des entretiens nous interrogeons à la fois des professionnels de santé ou du paramédical, des associations, des structures institutionnelles mais également des patients.

Les entretiens menés à ce jour montrent une ambiguïté des termes utilisés entre l'ETP et l'éducation à la santé, même si un distinguo est fait par la majorité des personnes interrogées. L'éducation à la santé s'inscrit dans le champ conceptuel de la promotion de la santé « en favorisant les conditions de maintien en bonne santé ou d'amélioration de l'état de santé ainsi que la prévention de troubles »<sup>v</sup>. « L'éducation thérapeutique quant à elle ne s'intéresse pas à la santé du patient ni aux maladies aiguës dont il pourrait avoir à souffrir mais essentiellement à la maladie chronique susceptible présentement de l'affecter, une maladie considérée comme durable, voire pérenne, impliquant un pronostic sévère »<sup>vi</sup>.

Ainsi pour certaines personnes interrogées ces deux termes peuvent être confondus : "*c'est un tout on n'a pas de discours scindé par rapport à cela, je pense que la grosse caractéristique c'est de véhiculer les messages en s'adaptant à la personnalité, à son niveau de compréhension et aux besoins du patient - c'est plus un coaching santé du patient*"<sup>1</sup>, "*bonne question, je ne saurai vous dire*"<sup>2</sup>. Sur l'ensemble des retours, la principale différenciation faite est la suivante : la notion de "*thérapeutique est liée au traitement, à une pathologie et l'éducation est générale*"<sup>3</sup>.

Reconnaissons que le terme éducation thérapeutique est un terme suscitant des interrogations et la formulation comporte des incohérences soulevées par les personnes interrogées, celle de la temporalité mais également une incohérence pédagogique : le terme thérapeutique est propre aux soins alors que l'éducation appartient à l'enseignement. Il s'agit donc pour les soignants d'intégrer sa prise en charge dans une logique thérapeutique et une logique pédagogique et pour le patient de considérer l'aspect thérapeutique de sa pathologie mais également d'apprendre à vivre avec alors que les attentes des patients d'un point de vue des professionnels et celle "*de ne plus être malade, d'être guéri*", "*ils aimeraient revenir comme avant*"<sup>4</sup>.

Comme le souligne Benoit Petrè<sup>5</sup>, "*éduquer favorise des apprentissages et peut potentiellement améliorer sa santé et sa qualité de vie, éduquer contribue à soigner [...]. Le terme d'éducation peut parfois véhiculer des fausses images de la mission qui se cache derrière l'intervention, parce qu'éducation est jugée comme trop normatif, c'est-à-dire qu'on va faire rentrer les personnes dans une forme qui est définie par des indicateurs biomédicaux*" surtout pour les professionnels éloignés de l'ETP. Considérons le terme éduquer comme un gain pour les patients en les considérant comme "*acteur éclairé en matière de santé c'est-à-dire qu'il ait les ressources, les capacités ou les compétences nécessaires pour faire face aux situations de*

<sup>1</sup> Entretien 11

<sup>2</sup> Entretien 6

<sup>3</sup> Entretien 9

<sup>4</sup> Ibid

<sup>5</sup> Entretien 13



Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

Cette pré analyse des entretiens menés devra être complétée par les apports des patients, en effet nous n'avons effectué pour le moment qu'un seul entretien avec un patient. Des entretiens complémentaires seront menés fin d'année 2020 et début d'année 2021.

## LES FREINS AU DEVELOPPEMENT DE L'ETP IDENTIFIES LORS DES ENTRETIENS

### LE FINANCEMENT

Le problème de financement, ou plus exactement la complexité du financement (n=8), des programmes d'ETP représente l'un des premiers freins identifiés par les acteurs (n=7). Les programmes d'ETP se situent souvent à l'interface de deux mondes celui du préventif et celui du curatif. *"L'ETP, dépend autant de la promotion de la santé que de la prévention et ça c'est quatre niveaux politiques différents"*<sup>8</sup> en Belgique. En France le mode de financement par forfait, pose la question suivante : *"tout n'est pas monnayable et le coordinateur devient un gestionnaire : on va devoir se recentrer sur ma population c'est quoi l'essentiel à leur apporter et quelles modulations dois-je faire car mon patient n'a pas besoin de tout faire sinon il n'est pas rentable. Le mot rentabilité n'est pas un gros mot"*<sup>9</sup>.

### LE LIEN ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTE<sup>viii</sup>

Le système sanitaire des deux pays est composé de différents professionnels qui remplissent des fonctions particulières : les généralistes, les spécialistes, les laboratoires d'analyses, les cliniques privées, les hôpitaux, les infirmiers, les pharmaciens... Il n'y a pas ou peu de relations entre les généralistes et les différents spécialistes, chaque médecin travaille principalement de manière indépendante par rapport d'une part aux autres généralistes, et d'autre part par rapport aux spécialistes ou professionnels de la santé, ce qui est antinomique à l'ETP. Comme le souligne plusieurs professionnels interrogés (n=4) : *"c'est que les patients sont envoyés par leur médecin généraliste et ils n'ont pas souvent des demandes précises, ils sont souvent un peu passifs par rapport à l'ETP"*<sup>10</sup>. De plus, *"la multitude de médecins qui interviennent auprès d'un même patient entraîne des changements de traitement, de discours"*<sup>11</sup>, ce qui ne permet pas de mettre en place une cohérence dans le suivi et souvent le patient ne sait plus quel discours croire (n=4). Cela s'observe parfois même au sein d'un même service, comme le souligne les différents coordinateurs de programme interrogés (n=5).

Néanmoins, certaines relations professionnelles sont étroitement normalisées. Comme par exemple, lorsque le généraliste prescrit des médicaments ou des analyses, le patient a le choix de s'adresser au professionnel souhaité. La prescription étant normalisée et nomenclaturée, les résultats le sont également. Encore une fois, nous pouvons parler d'un transfert d'informations standardisées et non d'un échange entre professionnels.

Cette absence de relation et d'outils communs ou interprofessionnels qui viennent d'être évoqués freinent le développement de l'ETP et ne facilitent pas le parcours de soin du patient atteint d'une maladie chronique. En effet, la prise en charge des patients chroniques, nécessiteraient une prise en charge coordonnée des différents professionnels afin de contribuer ainsi à l'efficacité des interventions.

### LA MECONNAISSANCE DES PROGRAMMES EXISTANTS

Malgré un recensement de l'ensemble des programmes d'ETP en France, on observe un manque de connaissance de l'existant, car chaque acteur est « englué » dans son activité

---

<sup>8</sup> Entretien 1

<sup>9</sup> Entretien 2

<sup>10</sup> Entretien 5

<sup>11</sup> Entretien 9

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

quotidienne très dense (n=3). En Belgique ce problème est encore plus important et les acteurs se retrouvent dans *"l'incapacité de savoir l'existant car rien n'est recensé. Établir une liste des structures proposant [de l'ETP serait une solution] mais comme il n'existe pas de définition officielle il est difficile d'établir une liste"*<sup>12</sup>.

En Belgique, on observe également un manque de structuration de la formation, aucun diplôme n'est requis pour l'heure pour animer des séances d'ETP. Les acteurs interrogés (n=9) remarquent une iniquité voire une absence de formation de la part des professionnels. Néanmoins, beaucoup de professionnels prétendent faire de l'ETP alors qu'en réalité ils ne font souvent que de l'information (n=5). Comme le soulignent les acteurs du territoire, le fait *"d'avoir une reconnaissance plus importante de la part des autorités [serait bénéfique au développement de l'EPT] car "tout le monde estime faire un peu de ça mais entre faire ça sur un coin de table pendant trois minutes lors d'une consultation classique et faire une prise en charge structurée il y a une grosse différence"*<sup>13</sup>(n=3).

#### LE MANQUE DE TEMPS

En Belgique, la coordination des programmes n'étant pas reconnue légalement, elle se fait souvent sur du temps personnel. Comme le souligne cette professionnelle *"quand je suis partie, le projet avait été mis un peu en stand-by parce que tout le monde n'était pas prêt ou tout le monde ne comprenait pas l'intérêt du projet."*<sup>14</sup> La pérennisation des programmes d'ETP est dépendante des personnes ce qui en fragilise grandement le développement (n=4). En France, le financement par inclusion limite la prise en charge dans le temps et ne correspond pas forcément aux besoins des patients chroniques qui doivent gérer de front leur maladie, leur vie professionnelle et privée.

Du point de vue des patients, le manque de temps est le premier argumentaire cité pour ne pas poursuivre ou commencer un programme d'ETP (n=3).

Nous tenterons dans la prochaine partie de cet article de lever un certain nombre des freins observés.

#### LES LEVIERS IDENTIFIÉS POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ETP SUR LE TERRITOIRE D'ÉTUDE

Il nous paraît essentiel d'inscrire notre analyse dans une approche systémique. Nous estimons qu'en nous appuyant sur le modèle de la promotion de la santé et les déterminants de la santé cela nous permettra d'inscrire et de décliner le plus opérationnellement les leviers énoncés par les acteurs pour favoriser le développement de l'ETP sur un territoire donné.

#### CONTEXTE GLOBAL

- Contexte social et culturel : globalement que cela soit au niveau des professionnels ne pratiquant pas de l'ETP ou de la population générale, on observe une méconnaissance de l'ETP. Une nécessité d'organiser une communication en faveur de l'ETP (n=4) émerge dans les différents entretiens, comme ici : *"Au-delà des campagnes de sensibilisation, de montrer l'intérêt de changement de regard du professionnel qui serait plutôt accompagnateur que soignant."*<sup>15</sup>

Une double communication serait nécessaire, l'une en faveur du grand public pour le sensibiliser à cette nouvelle prise en charge, l'autre en faveur des professionnels de la santé au sens large. Un des leviers possibles pourrait être le fait de *"travailler avec les*

<sup>12</sup> Entretien 9

<sup>13</sup> Entretien 9

<sup>14</sup> Entretien 4

<sup>15</sup> Entretien 1

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

*associations d'usagers y compris une communication de la part des tutelles et des autorités en compétences"*<sup>16</sup>.

- Révision des recommandations de l'OMS : comme stipulé auparavant, un consensus dans la définition de l'ETP est apparu chez les professionnels qui se basent tous sur les recommandations de l'OMS (n=12). Or, ces recommandations datent de 1998. La demande est de clarifier et de réadapter ces recommandations notamment *"sur les différentes facettes qui devraient être couvertes pour développer et donner une plus-value à l'ETP en fonction des situations locales ou nationales"*(n=2).
- Contexte scientifique : selon les acteurs (n=3) il manque à ce jour des recherches médico-économiques dans le domaine de l'ETP, *"l'évaluation des programmes reste factuelle, on aimerait bien aller plus loin mais une recherche interventionnelle nécessite du temps et a un coût"*<sup>17</sup>. Cela permettrait également de capitaliser les bonnes pratiques (n=3).

### LE SYSTEME DE SANTE

Les « experts » en ETP estiment que celle-ci devrait bénéficier à toute personne qui en a besoin (n=8). Pour ce faire, plusieurs pistes pourraient être explorées :

- Réorientation des services de santé : pour l'ensemble des professionnels (n=16) que ce soit pour la France ou la Belgique, les services de santé ont besoin d'être moins sur le curatif et plus sur le préventif. Pour les acteurs belges, une forte attente se situe dans le fait d'être reconnu par les autorités ayant compétences et d'avoir à la fois un cadre législatif pour l'ETP (n=9) et une reconnaissance financière (n=9). Pour les acteurs français, il s'agit plutôt *"d'avoir un allègement contrôlé des contraintes pour les professionnels par rapport aux dossiers et au fait d'être administrativo-centré"*<sup>18</sup>(n=1) et de *"faire des programmes d'ETP un processus continu car la maladie est chronique"*<sup>19</sup>(n=2). Il s'agirait d'*"intégrer l'ETP dans le système de soin et rattacher l'ETP aux parcours de soin qui sont proposés aux personnes souffrant de maladies chroniques"*<sup>20</sup>(n=4).
- Codification de l'acte d'ETP : en France, une somme forfaitaire est versée à chaque inclusion de patient contrairement à la Belgique. Néanmoins les acteurs des deux pays soulèvent un *"besoin de simplification dans les remboursements et avoir une nomenclature qui permettrait de codifier l'acte d'ETP pour les professions paramédicales"*<sup>21</sup> (n=5)  
En Belgique les acteurs attendent un label émis par les autorités gouvernementales pour renforcer le développement de l'ETP (n=6)
- Formation professionnelle : la difficulté de recrutement des patients (n=8) est un frein au développement de l'ETP lié au fait qu'en France les programmes sont principalement développés au sein des hôpitaux lors d'épisodes aigus de la maladie. Intégrer l'ETP dans les formations des différents acteurs de santé et les former au diagnostic éducatif, permettrait à chaque acteur d'inclure les patients identifiés sur un territoire donné en proximité du lieu de vie des patients. Il semblerait que les deux

<sup>16</sup> Entretien 2

<sup>17</sup> Entretien 8

<sup>18</sup> Entretien 2

<sup>19</sup> Entretien 7

<sup>20</sup> Entretien 13

<sup>21</sup> Entretien 7

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

acteurs identifiés (n=10) seraient les médecins traitant (ce serait à eux "*d'enclencher une première motivation*"<sup>22</sup>) mais surtout les pharmaciens (n=11).

- Renforcer la collaboration des différents acteurs de santé : entendant le terme d'acteurs de santé au sens large (professionnels médicaux, paramédicaux, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeute) mais aussi l'importance "*de reconnaître que d'autres disciplines vont pouvoir concourir à la santé des individus*"<sup>23</sup> (diététiciennes, éducateurs médico-sportifs, pratiques holistiques, assistante sociale...). Il serait alors facilitant selon les acteurs (n=10) de "*définir un socle commun à toutes les ETP et d'y intégrer des séances spécialisées dans chaque domaine.*"<sup>24</sup>. L'ETP deviendrait un outil permettant de fédérer l'ensemble des acteurs sur un même territoire et surtout permettrait de redonner la place centrale aux patients (n=4).
- Une fonction technique de coordination : créer un poste de coordinateur qui administre, gère la communication, organise la concertation, planifie, corrige, coordonne les programmes d'ETP et les évalue (n=2). Cette fonction permettrait une articulation des différents professionnels et serait au service du patient pour lui proposer un parcours de soin cohérent au regard de ses appétences, sa maladie, ses contraintes mais également en lien étroit avec l'existant d'un territoire.
- Créer un outil propre à la prise en charge ETP : ceci permettrait de cartographier l'ensemble des professionnels formés à l'ETP sur un territoire donné (n=2) mais également d'avoir connaissance de l'ensemble des programmes existants (cette cartographie de programmes est déjà existante dans le Grand Est). Au-delà de cette cartographie, il serait facilitant "*d'avoir un outil de télécommunication (application de télémonitoring) accessible à l'ensemble des professionnels*"<sup>25</sup>

## LES MILIEUX DE VIE

Le manque de temps et l'éloignement des programmes d'ETP sont des freins identifiés par les professionnels mais également par les patients. Deux pistes pourraient être développées afin de lever ces freins :

- Développer l'ETP en ville : cela permettrait de faciliter le pouvoir d'agir des patients en rendant les programmes "*pratiques et proches de chez lui et qui puissent être applicables au quotidien*"<sup>26</sup>.
- Les pharmacies : "*sont de plus en plus investis par les personnes quand elles ont des questions de santé*"<sup>27</sup> et offriraient des lieux de proximité idéaux pour favoriser le développement des programmes d'ETP. Ils pourraient être les professionnels identifiés pour faire les diagnostics éducatifs et orienter les patients vers un ETP existant du territoire (n=11).
- Des outils : lors des entretiens, nous pouvons constater que chaque structure élabore ses propres outils et les acteurs n'ont pas forcément connaissance des bases d'outils existantes (n=10). Par ailleurs, il semblerait qu'utiliser l'entretien motivationnel en amont du bilan éducatif favoriserait la participation des patients au programme d'ETP (n=6).

---

<sup>22</sup> Entretien 8

<sup>23</sup> Entretien 13

<sup>24</sup> Entretien 11

<sup>25</sup> Entretien 9

<sup>26</sup> Entretien 2

<sup>27</sup> Entretien 13

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

### LES CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES

- Renforcer l'empowerment<sup>ix</sup>, qui signifie littéralement « renforcer ou acquérir du pouvoir ». Dans le domaine de l'ETP deux pistes ont été soulevées par les professionnels interrogés à savoir : *"intégrer les patients dans l'élaboration du programme d'ETP car ils ont un autre regard"*<sup>28</sup> mais également *"s'appuyer et développer les patients experts"*<sup>29</sup>. Ces deux éléments permettraient un réel *"partage de pouvoir dans la décision"*<sup>30</sup> et aboutirait probablement à des parcours innovants en santé prenant en compte la complexité de prendre soin de soi.
- Le partage des expériences et des ressources, soignants et patients disposent d'une expérience qui leur est propre et qui devient plus que complémentaires, *"échanger sur les expertises croisées va permettre une réponse à la situation qui dépassera peut-être la simple addition des propositions de l'un et de l'autre"*. Ce partage permettrait la mise à disposition des compétences et connaissances des différentes personnes qui composent alors une équipe au service d'un projet de santé. Il est évident que *"le patient [doit avoir] le dernier mot puisqu'il est tout de même celui qui décide ou non de s'engager dans la démarche"*<sup>31</sup>.
- La dynamique de groupe : pour certains professionnels (n=6) la dynamique de groupe permet de favoriser la mobilisation des personnes. Le groupe permet également de relativiser ou plus exactement de mettre de la distance avec ses propres problèmes de santé. Cependant il s'avère nécessaire et non sans difficulté pour l'intervenant d'insuffler à la fois une cohésion de groupe tout en respectant et en mobilisant les aspirations de chacun.
- Le respect des libertés individuelles : beaucoup de professionnels interrogés (n=11) soulignent la nécessité *"de laisser le temps aux patients d'adhère[r] à la démarche"*, *"on dit au patient aujourd'hui vous n'êtes pas prêt, recontactez-nous ou on vous recontacte"* or cela est souvent très compliqué à justifier auprès des financeurs alors que cela est clairement identifié comme un levier pour les acteurs.

A ce jour, suite à une vingtaine d'entretiens réalisés et analysés, nous avons identifié des approches innovantes sur l'ensemble du territoire. Ces projets font écho aux préconisations de la charte d'Ottawa et mériteraient une réelle reconnaissance pour permettre de passer d'un système curatif (axé sur la maladie) à un système de santé (axé sur la promotion de la santé). Cette évolution nécessite des modes de financements et de rémunérations différents de l'existant mais nécessite également de s'accorder sur une vision commune favorisant une organisation des soins offrant un nouvel équilibre structurel satisfaisant entre les différents acteurs du système de santé. Ces changements devront s'accompagner d'une nouvelle perception des personnes qu'en à leur rapport à la santé, les impliquant ainsi dans leur expérience de soin.

---

<sup>28</sup> Entretien 2

<sup>29</sup> Entretien 4

<sup>30</sup> Entretien 13

<sup>31</sup> Entretien 13

Avec le soutien du Fonds européen de développement régional

## Bibliographie

---

- <sup>i</sup> D'Ivernois JF, Gagnayre R. Apprendre à éduquer le patient. Approche pédagogique. 4th éd. Paris : Maloine ; 2011.
- <sup>ii</sup> Benoit Pétré, Alban Peignot, Remi Gagnayre, Eric Bertin, Olivier Ziegler et Michèle Guillaume. La posture éducative, une pièce maîtresse au service de l'éducation thérapeutique du patient ! Educ Ther Patient/Ther Patient Educ 2019, 11, 10501- EDP Sciences, SETE, 2018
- <sup>iii</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/r\\_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](https://www.has-sante.fr/jcms/r_1496895/fr/education-therapeutique-du-patient-etp)
- <sup>iv</sup> World Health Organization (1998). Europe report therapeutic patient education-continuing education programmes for health care providers in the fields of chronic disease. Copenhagen, Denmark : WHO.
- <sup>v</sup> Bury, J., Éducation à la santé, concepts, enjeux, planification, Paris : De boeck, 1992.
- <sup>vi</sup> Lacroix, A. et Assal, J-Ph., L'éducation thérapeutique : nouvelles approches dans les maladies. Paris : Ed Vigo., 1998.
- <sup>vii</sup> Pomey Marie-Pascale, Flora Luigi, Karazivan Philippe *et al.*, « Le « *Montreal model* » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *Santé Publique*, 2015/HS (S1), p. 41-50. DOI : 10.3917/spub.150.0041. URL : <https://www.cairn-int.info/revue-sante-publique-2015-HS-page-41.htm>
- <sup>viii</sup> Huard P & Schaller P, « Améliorer la prise en charge des pathologies chroniques – 1. Problématique », *Pratiques et organisation des soins*, 2010/3 – Vol.41, pp.237-245
- <sup>ix</sup> Calvès Anne-Emmanuèle, « « Empowerment » : généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement », *Revue Tiers Monde*, 2009/4 (n° 200), p. 735-749. DOI : 10.3917/rtm.200.0735. URL : <https://www.cairn.info/revue-tiers-monde-2009-4-page-735.htm>