

7 RENFORCER LE POUVOIR D'AGIR DES PERSONNES ET DES COMMUNAUTÉS

Hélène Lambert avec les contributions de : Isabelle Aujoulat, Timothée Delescluse, Claire Deltenre, Dominique Doumont, Christine Ferron.

Pour citer ce document : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Deltenre C., Doumont D., Ferron C. Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés, In : Lambert H (coord.) *Onze Fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, décembre 2021, 5 p.

○ RÉSUMÉ

Le développement du *pouvoir d'agir* - ou *empowerment* - constitue l'un des principes fondamentaux de la promotion de la santé (Cyril *et al.*, 2016 ; Woodall *et al.*, 2010). Il devrait être l'un des critères principaux de succès des interventions mises en œuvre (Aujoulat, 2007). Orienté vers l'action, il contribue à améliorer l'état de santé et le bien-être des populations (Wiggins, 2011). Les démarches préconisées au nom de ce principe sont particulièrement pertinentes pour les populations exposées aux inégalités sociales de santé, du fait de certaines caractéristiques économiques et/ou de genre et/ou culturelles. Ces populations manquent en effet d'emprise sur les ressources dont elles ont besoin pour assurer leur bien-être (Ninacs, 2003). L'empowerment, individuel ou collectif, consiste avant tout, dans le champ de la santé, à acquérir davantage de contrôle

et de maîtrise - ou de pouvoir - sur sa vie et sa santé. Le processus qui conduit à l'empowerment est complexe et peut se situer à plusieurs niveaux : individuel, organisationnel et communautaire. Dans une interaction dynamique, les changements s'effectuent tant au niveau des personnes, que des communautés, des organisations, des systèmes et des environnements (Woodall *et al.*, 2010). Il s'agit pour les individus et groupes d'acquérir une plus grande capacité **interne** (Cyril *et al.*, 2016) et de dépasser certains obstacles **externes** (Cyril *et al.*, 2016). Le pouvoir d'agir n'est pas octroyé, il s'agit de créer les conditions pour que les individus et les communautés puissent développer leurs ressources et ainsi augmenter leur pouvoir d'agir (Woodall *et al.*, 2010). Le rôle des acteurs de la promotion de la santé est de soutenir ce processus, c'est-à-dire d'aider les individus et communautés à identifier les obstacles et à les surmonter (Cattaneao & Chapman, 2010 ; Woodall *et al.*, 2010).

Le développement du pouvoir d'agir – *empowerment* en anglais, traduit par « autonomisation » dans les publications de l'OMS (Ireps Bretagne, 2009) – constitue l'un des principes fondamentaux de la promotion de la santé (Cyril *et al.*, 2016 ; Woodall *et al.*, 2010). Le renforcement du pouvoir d'agir devrait être un principe guidant l'action en promotion de la santé (Aujoulat, 2007). Les démarches d'*empowerment* s'adressent majoritairement aux populations souffrant d'inégalités sociales de santé, du fait de certaines caractéristiques économiques et/ou de genre et/ou culturelles. Ces populations ont en effet un accès moins aisé aux ressources nécessaires leur permettant d'exercer un meilleur contrôle sur les déterminants de leur santé et de leur bien-être (Ninacs, 2003). En promotion de la santé, l'émergence de ce concept, étroitement lié à celui de « participation », marque un tournant du « faire pour » vers le « faire avec » les populations (Cultures&Santé asbl, 2009).

À partir des années 60, une lente progression s'est opérée vers plus d'autonomisation, de participation et de démarches ascendantes plutôt que de stratégies descendantes (Castro, 2016 ; Sen, 1997). Dans ce contexte, l'*empowerment* s'inspire de la « pédagogie des opprimés » de Paulo Freire (Cyril *et al.*, 2016). Selon ce pédagogue brésilien, l'émancipation des populations

opprimées passe par un processus d'allers-retours entre la prise de conscience de leur situation et la mise en place d'actions pour dépasser leur condition (Cyril *et al.*, 2016). Plus précisément, le pouvoir d'agir se consolide depuis la fin des années 1970 dans divers domaines tels que le développement communautaire, le travail social ou encore la psychologie communautaire (Wiggins 2011 ; Calvès, 2009). En 1986, la charte d'Ottawa en fait un principe clé de la promotion de la santé, qu'elle définit ainsi : « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens pour l'améliorer » (OMS, 1986).

Ce principe clé est promu par les organisations internationales telles que l'Organisation mondiale de la Santé et la Banque mondiale (OMS, 2006). Il se retrouve dans *Les Objectifs du millénaire pour le développement* des Nations unies (OMS, 2006).

○ DÉFINITION DES CONCEPTS

Le terme **empowerment** est utilisé de multiples manières, et peut désigner une approche, une valeur, un processus, un résultat ou une stratégie d'intervention (Cyril *et al.*, 2016).

L'*empowerment*, individuel ou collectif, consiste avant tout, dans le domaine de la santé, à développer davantage de contrôle et de maîtrise – ou de pouvoir – sur sa vie et sa santé.

Wallerstein définit le pouvoir d'agir ainsi : « *processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leurs vies en changeant leur environnement social et politique pour accroître l'équité et améliorer la qualité de la vie* » (Wallerstein, 1992, 6(3):197-205 cité par Wallerstein, 2006 et traduit par l'IREPS Bretagne, 2009).

Les relations de pouvoir s'inscrivent dans un contexte où l'accès aux ressources (matérielles, culturelles, sociales) est réparti inégalement (Ferron, 2010). Chaque individu ou chaque groupe, selon son positionnement social, vit des situations d'inégalités différentes. Celles-ci sont influencées par de nombreux facteurs, tels que la classe sociale, la culture, la langue, le genre ou encore l'orientation sexuelle (Touati *et al.*, 2018). Certains groupes, confrontés à plusieurs catégories d'inégalités, se trouvent dans des situations désavantageuses. Ils voient leurs capacités d'agir réduites et doivent parfois faire face à une forme d'impuissance acquise.

Le processus qui conduit à l'*empowerment* peut être envisagé aux niveaux individuel, organisationnel et communautaire :

- L'*empowerment* individuel (ou l'autonomisation psychologique) concerne le renforcement du pouvoir d'agir et du sentiment de contrôle individuel. Ce processus passe par l'amélioration de la confiance en soi, des compétences personnelles, de l'efficacité personnelle et de la conscience critique (Ninacs, 2003 ; Woodall *et al.*, 2010). Lorsque le renforcement du pouvoir d'agir est uniquement individuel, sans traitement des causes structurelles limitant l'accès aux ressources, ses effets restent limités (Woodall *et al.*, 2010). Il peut même entraîner des effets contre productifs liés à l'accroissement du sentiment d'impuissance.
- L'*empowerment* communautaire s'appuie sur le développement du pouvoir d'agir de l'ensemble des membres d'un groupe qui, ensemble, mettent en place des stratégies pour réduire les injustices sociales et pour acquérir davantage de contrôle sur les décisions qui les concernent (Woodall *et al.*, 2010).
- L'*empowerment* organisationnel désigne la capacité d'une organisation à rassembler les forces et à favoriser les changements (Cyril *et al.*, 2016). L'enjeu est ici de faire en sorte que les organisations permettent au pouvoir développé par les personnes et les groupes, de s'exprimer. L'organisation (lieux de travail, politiques, de loisirs, etc.) représente un endroit permettant de renforcer les compétences individuelles et communautaires (Cyril *et al.*, 2016).

Dans une interaction dynamique, les changements s'effectuent donc tant au niveau des personnes, des communautés, des organisations qu'au niveau des systèmes et des environnements (Woodall *et al.*, 2010). Il s'agit pour les individus et groupes :

- de développer une plus grande capacité et un plus grand contrôle interne (Cyril *et al.*, 2016) ;
- de dépasser certains obstacles externes (Cyril *et al.*, 2016).

Le pouvoir d'agir n'est pas octroyé, il s'agit de créer les conditions pour que les individus et les communautés puissent développer leurs ressources et ainsi augmenter leur pouvoir d'agir (Woodall *et al.*, 2010). Le rôle des acteurs de la promotion de la santé est de soutenir ce processus, en aidant les personnes et les groupes à identifier les obstacles et à les surmonter (Cattaneao & Chapman, 2010 ; Woodall *et al.*, 2010).

Au sein du système de soins, se réclamer de l'*empowerment* implique que l'on permette aux patients d'acquiescer davantage de contrôle sur les décisions relatives à leur santé (Aujoulat, 2007). Plus particulièrement, dans une perspective d'*empowerment*, le patient serait considéré, par les professionnels de la santé, comme un partenaire, avec lequel il est nécessaire de dialoguer et de collaborer pour trouver des solutions aux problèmes rencontrés (LUSS²).

○ MODÈLES

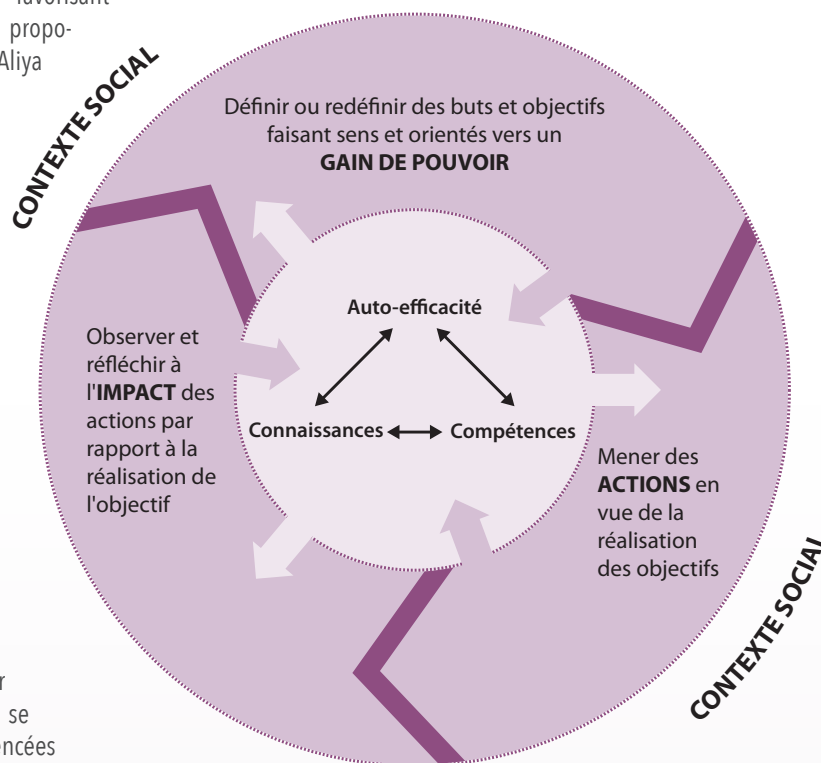
Plusieurs modèles ont été élaborés pour tenter de représenter le processus d'*empowerment* et orienter l'action.

Un modèle illustrant certaines étapes favorisant l'*empowerment* individuel a ainsi été proposé par Lauren Bennett Cattaneo et Aliya R. Chapman (2010).

Après avoir pris conscience de ce qui pose problème, les individus se fixent des objectifs orientés vers un renforcement de leur pouvoir d'agir. Ils conduisent ensuite des actions, tout en réfléchissant aux impacts de celles-ci sur leurs objectifs. Ce processus n'est pas linéaire. Il engendre de nombreux aller-retours. Trois éléments déterminent la capacité des individus à atteindre leurs objectifs : leur sentiment d'auto-efficacité (estime et confiance en soi), leur connaissance du contexte et des dynamiques du pouvoir à l'œuvre (permettant de « savoir quoi faire ») et leurs compétences (permettant de « savoir comment faire »). Toutes ces composantes se renforcent mutuellement. Elles sont influencées par le contexte dans lequel évoluent les individus.

En ce qui concerne l'*empowerment* communautaire, James Woodall et ses collaborateurs (2010) identifient plusieurs niveaux et proposent de les déployer sur un continuum allant de l'action personnelle à l'action sociale et politique.

FIG. 14 : LE MODÈLE DU PROCESSUS D'EMPOWERMENT INDIVIDUEL SELON CATTANEO ET SES COLLABORATEURS (2010)



► Schéma traduit par nos soins et issu de l'article :
Cattaneo L.B., Chapman A.R. The process of empowerment: a model for use in research and practice.
Am Psychol. 2010 Oct;65(7):646-59.

FIG. 15 : LE MODÈLE DU PROCESSUS D'EMPOWERMENT COMMUNAUTAIRE SELON WOODALL ET SES COLLABORATEURS (2010)



Successivement, une série d'actions sont menées : des petits groupes se forment, des organisations se créent, des partenariats sont mis en place entre différentes organisations et enfin, des actions politiques et sociales sont entreprises en vue de parvenir aux objectifs fixés et à une distribution plus équitable du pouvoir.

► Schéma traduit par nos soins et issu de l'article :
Woodall J., Raine G., South J., Warwick-Booth L.
Empowerment & health and well-being: evidence review. Project Report. Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University. 2010.

² <https://www.luss.be/themes/empowerment/>

○ CONCLUSION

Les interventions cherchant à soutenir le renforcement du pouvoir d'agir des communautés sont associées, au niveau individuel, à une meilleure estime de soi, un sentiment de plus grand contrôle, un meilleur niveau de littératie en santé et un sens accru de la communauté (Cyril *et al.*, 2016 ; Woodall *et al.*, 2010). Les organisations dont le pouvoir d'agir est renforcé deviennent plus efficaces, plus équitables et plus compétentes culturellement (Cyril *et al.*, 2016). Enfin, l'empowerment communautaire est associé à une bonne gouvernance, à une société civile renforcée, à une culture des droits humains et à des transformations socio-économiques, politiques et environnementales (Cyril *et al.*, 2016). Les interventions poursuivant un objectif d'empowerment favorisent la réduction des inégalités sociales et impactent positivement le bien-être et la santé (OMS, 2006).

○ FAITS SAILLANTS

- Le pouvoir d'agir contribue à améliorer l'état de santé et le bien-être des populations (Wiggins, 2011).
- Les démarches préconisées en référence à ce principe sont particulièrement pertinentes pour les populations exposées aux inégalités sociales, économiques, de genre ou raciales. Ces populations manquent en effet d'emprise sur les ressources dont elles ont besoin pour assurer leur bien-être (Ninacs, 2003).
- Wallerstein définit le pouvoir d'agir comme « un processus d'action sociale par lequel les individus, les communautés et les organisations acquièrent la maîtrise de leur vie dans le contexte de la modification de leur environnement social et politique afin d'améliorer l'équité et la qualité de vie (Wallerstein, 1992 cité par Wallerstein, 2006 et traduit par l'IREPS Bretagne, 2009).
- Le processus qui conduit à l'empowerment est complexe et il se situe à plusieurs niveaux : individuel, organisationnel et communautaire. Dans une interaction dynamique, les changements s'effectuent tant au niveau des personnes, des communautés, des organisations qu'au niveau des systèmes et des environnements (Woodall *et al.*, 2010). Il s'agit pour les individus et groupes d'acquérir une plus grande capacité interne (Cyril *et al.*, 2016) et de dépasser certains obstacles externes (Cyril *et al.*, 2016).
- Le pouvoir d'agir n'est pas octroyé, il s'agit de créer les conditions pour que les individus et les communautés puissent développer leurs ressources et ainsi augmenter leur pouvoir d'agir (Woodall *et al.*, 2010). Le rôle des acteurs de la promotion de la santé est de faciliter ce processus.
- Plusieurs modèles et stratégies ont été élaborés pour tenter de représenter le processus d'empowerment et orienter l'action.
- Les interventions cherchant à renforcer le pouvoir d'agir des communautés permettent de réduire les inégalités et d'impacter positivement la santé.

○ POUR ALLER PLUS LOIN

- **L'empowerment et l'intervention sociale.**
William A. Ninacs, 2003
http://bv.cdeacf.ca/EA_PDF/1159.pdf
- **Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ?**
Wallerstein N., 2006 traduit par l'IREPS Bretagne, 2009
https://irepsbretagne.fr/wp-content/uploads/2009/10/evidenceempowerment_oms_irepsbretagne1.pdf
- **L'empowerment des patients atteints de maladie chronique : des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire.**
Aujoulat I., 2007
<https://cdn.uclouvain.be/public/Exports%20reddot/reso/documents/THESEaujoulat-BibliothequeUCL-Version2.pdf>

BIBLIOGRAPHIE

- Aujoulat I., d'Hoore W. et Deccache A. Patient empowerment in theory and practice: polysemy or cacophony? Patient Education and Counseling. 2007;66(1):13-20.
- Aujoulat I [Thèse]. L'empowerment des patients atteints de maladie chronique : des processus multiples : auto-détermination, auto-efficacité, sécurité et cohérence identitaire. Prom. : Deccache, Alain. Louvain (BE) : Université Catholique de Louvain ; 2007. 121p.
En ligne : <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:5226>
- Calvès A. «empowerment» : Généalogie d'un concept clé du discours contemporain sur le développement. Revue Tiers Monde. 2009;4(200):735-749.
- Castro EM, Van Regenmortel T, Vanhaecht K, Sermeus W, Van Hecke A. Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: A concept analysis based on a literature review. Patient Education and Counseling. 2016;99(12):1923-1939.
- Cattaneo LB, Chapman AR. The process of empowerment: a model for use in research and practice. American Psychologist. 2010;65(7):646-659.
- Cultures&Santé. Dossier thématique : L'empowerment. Bruxelles (Belgique) : Cultures&Santé ; nov. 2019 (mis à jour mai 2014);(13):28p.
<https://www.cultures-sante.be/nos-outils/les-dossiers-thematiques/item/31-lempowerment-n-4.html>
- Cyril S, Smith BJ, Renzaho AM. Systematic review of empowerment measures in health promotion. Health Promotion International. 2016;31(4):809-826.
- Doumont D, Aujoulat I. L'empowerment et l'éducation du patient . Woluwe-St-Lambert (BE) : RESO, Education pour la santé, Faculté de Médecine, Université Catholique de Louvain ; août 2002. 24p.
En ligne : https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=9663
- Ferron C. La preuve est faite : l'empowerment et la participation, ça marche ! La santé de l'homme. 2010; 406:4-7.
- Ferron C. Empowerment et participation : de la théorie à la pratique [Présentation PowerPoint présentée à la journée SFSP-FNES « Prévention en santé »]. Aubervilliers cedex (FR) : Fnes ; 14 déc. 2010.
https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/les_actes_des_evenements_de_la_sfsp/diap_ferron1410.pdf
- Laverack G. Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature. Journal of health, population, and nutrition. 2006;24:113-120.
- Ninacs W. Les journées d'animation 2003 : L'empowerment et l'intervention sociale. Montréal (Canada) : CDÉACF ; Fév. 2003. 46p.
En ligne : http://bv.cdeacf.ca/EA_PDF/1159.pdf
- Sen G. Poverty and human development. New-York (US) : UNDP ; 1997. 240p.
- Sizaret A. Faire le tour de la promotion de la santé en 180 minutes. Dijon (FR) : Ireps Bourgogne-Franche-Comté ; 2018. 144p.
En ligne : https://www.sfsp.fr/images/docs/lire_et_ecrire/la_revue_sante_publique/soumettre_un_article/reco_rsp.pdf
- Touati N, Garakani T, Charest E, Proteau-Dupont E. Des personnes uniques avant tout : une grille d'analyse critique pour mieux prendre en compte la diversité des besoins dans le cadre des actions sur les déterminants sociaux de la santé. Éthique publique. 2018;20(2):1-21.
- Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Health Evidence Network report. Copenhagen (DK) : WHO Regional Office for Europe ; 2006. 37p.
En ligne : https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf
- Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? WHO Regional Office for Europe (2006) traduit par : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé de la Bretagne. Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ? Rennes (FR) : IREPS Bretagne ; 2009. 37p.
En ligne : https://irepsbretagne.fr/wp-content/uploads/2020/06/evidenceempowerment_oms_irepsbretagne1.pdf
- Wiggins N. Popular education for health promotion and community empowerment: a review of the literature. Health Promotion International. 2012;27(3):356-371.
- Woodall J, Raine G, South J, Warwick-Booth L. Empowerment & health and well-being: evidence review. Project Report. Centre for Health Promotion Research, Leeds Metropolitan University. 2010:1-36.



Fiche extraite du dossier ONZE FONDAMENTAUX EN PROMOTION DE LA SANTÉ : DES SYNTHÈSES THÉORIQUES



Télécharger le dossier complet

Dossier coordonné par Hélène Lambert¹

Préface rédigée par Timothée Delescluse² et Christine Ferron².

La fiche sur la promotion de la santé a été rédigée par Christine Ferron².

La fiche sur l'éthique a été rédigée par Timothée Delescluse³ et Christine Ferron².

Les fiches suivantes ont été rédigées par Hélène Lambert¹, avec les contributions de : Isabelle Aujoulat¹, Timothée Delescluse², Dominique Doumont¹, Christine Ferron² pour la conception et la relecture critique de l'ensemble du document, et d'Océane Le Boulengé¹, Ségolène Malengreaux¹, Claire Deltenre et Lucie de Meester (mémoires à l'UCLouvain/IRSS-RESO dans le cadre de leur master en sciences de la santé publique à l'UCLouvain), pour leur contribution à la rédaction ou leur relecture de certaines fiches.

La conclusion a été rédigée par Dominique Doumont¹ et Isabelle Aujoulat¹.

¹ UCLouvain/IRSS-RESO, Fédération Wallonie Bruxelles, Belgique

² Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé, Aubervilliers, France

³ Promotion Santé Normandie, Rouen, France

REMERCIEMENTS :

- **Pour leurs retours à l'occasion d'un moment d'échange** : Denis Mannaerts et Maite Cuvelier (Cultures&Santé), Tiphaine Alonzo et Laure Bidaux (Promotion Santé Normandie), Chloé Hamant (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Auvergne-Rhône Alpes), Katherine Loayza (Question Santé), Lucie Cros et Anne Sizaret (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé Bourgogne-Franche Comté)
- **Pour sa contribution à la conception du projet** : Bénédicte Scheen (UCLouvain/IRSS-RESO, mars 2018 - décembre 2020)
- **Pour la coordination de la mise en page** : Théophile Pitsaer (UCLouvain/IRSS-RESO)
- **Pour le design et la mise en page du document** : Olivier Vertcour (Alakazam)

Pour citer ce dossier : Lambert H., Aujoulat I., Delescluse T., Doumont D., Ferron C. (Décembre 2021). *Onze fondamentaux en promotion de la santé : des synthèses théoriques*. Bruxelles : UCLouvain/IRSS-RESO & Promotion Santé Normandie & Fnes, 64 p.



Avec le soutien de :

